

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927 - 1928. — N° 63

LES FORMES CLINIQUES DE L'ACRODYNIE INFANTILE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1^{er} Février 1928

par

Hortense-Marie-Antoinette FROUIN

Née à BERGERAC (Dordogne) le 1^{er} Février 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET....	professeur.	} <i>Président.</i>	
		DUPÉRIÉ....	professeur.		
		CREYX.....	agrégé....		} <i>Juges</i>
		DAMADE.....	agrégé....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry

—
1928

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927 - 1928. — N° 63

LES FORMES CLINIQUES DE L'ACRODYNIE INFANTILE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1^{er} Février 1928

par

Hortense-Marie-Antoinette FROUIN

Née à BERGERAC (Dordogne) le 1^{er} Février 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET....	professeur.	<i>Président.</i>
		DUPÉRIÉ....	professeur.	
		CREYX.....	agrégé....	} <i>Juges.</i>
		DAMADE.....	agrégé....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE
PRINCETEAU, LAGRANGE, W. DUBREUILH.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique pharmaceutique et médicale...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot.	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie....	LANDE.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Electroradiologie et clinique d'électr. médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et Hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie)

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine Générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			
Anatomie.....	DUBECQ.	Médecine générale.....	AUBERTIN.
Histologie.....	LACOSTE.		DAMADE.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histoire Naturelle et Pharmaceutique.....	FOURMENT.		JEANNENEY
			CHARRIER.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
	BONNIN.		FAUGÈRE.
		Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Chimie minérale.....	GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE - A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. ROCAZ

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS

MÉDECIN-CHEF DE LA MAISON MATERNELLE DE CHOLET

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Cher Maître,

Il y a trois ans, vous m'avez accueillie comme externe dans votre service de l'Hôpital des Enfants avec une bienveillance aimable qui ne s'est dès lors jamais démentie.

Revenue ou restée dans votre service et à la Maison maternelle de Cholet comme interne provisoire j'y ai toujours reçu de vous les plus précieux enseignements de médecine infantile, de puériculture, d'apostolat social.

Vous avez bien voulu m'inspirer ce travail, m'en donner les éléments, m'y aider de vos conseils. Permettez-moi de vous en faire hommage et de vous exprimer ici, avec ma respectueuse reconnaissance, mon plus entier dévouement.

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

LES FORMES CLINIQUES DE L'ACRODYNIE INFANTILE

L'acrodynie infantile est une affection nouvelle assez étrange. Elle a été décrite sous des noms variés, selon l'importance qu'attachent les auteurs à tels ou tels signes, ou selon la nature qu'ils lui supposent. C'est ainsi qu'elle a été tour à tour dénommée trophodermatoneurose, érythrœdème australien, érythrœdème des nourrissons, pellagre-acrodynie, acrodynie infantile, œdème rouge, pink disease (maldie rose), raw beef hands and feet (mains et pieds bœuf cru), acrodermatis chronica mutilans, maladie de Swift-Feer, dermato-polynévrite, érythrœdème-polynévrite, érythrœdème épidémique, polynévrite pellagroïde, végétative neurose, syndrome végétatif du di et mésocéphale, etc...

C'est dire dès l'abord qu'elle se présente sous des formes variées et que l'accord est loin d'être fait sur sa nature, sur l'importance relative de ses symptômes et sur leurs modes d'association.

Il nous a paru intéressant de nous attacher à l'étude de ces signes afin de montrer comment ils se groupent pour réaliser, selon les cas, des formes cliniques assez différentes.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous allons résumer rapidement l'histoire de cette affection.

HISTORIQUE

Les premiers cas d'acrodynie infantile furent décrits en 1903 en Allemagne par Selter, sous le nom de trophodermatoneurose. Mais le silence se fit aussitôt sur cette affection nouvelle.

C'est seulement en 1914 que Swift relate plusieurs cas analogues. Il paraît bien que l'Australie ait subi alors une sorte d'épidémie d'érythroedème. Plusieurs cas y ont en effet été relevés par des médecins de Melbourne et de Sydney.

De nouveau l'étude de cette affection est interrompue par la guerre.

Elle est reprise en 1920 et introduite en Europe. Dès lors, les cas s'y multiplient à peu près dans tous les pays.

En France, le premier cas observé paraît être celui de M. Debré et de M^{lle} Petot, présenté le 4 octobre 1924 à la Société de Pédiatrie de Paris, sous le titre de « Syndrome de Morvan et troubles nerveux divers chez un enfant de quatre ans », et rattaché depuis par ces auteurs à l'acrodynie (1). D'autres cas ont été ensuite constatés dans cette même région parisienne, en Lorraine, en Lyonnais, dans les régions de Strasbourg et de Saint-Etienne. Dans le Sud-

(1) R. Debré et M^{lle} Petot. — L'acrodynie infantile, ses liens avec l'acrodynie épidémique de l'adulte, l'ergotisme, l'arsenicisme chronique et la pellagre. (*Presse Médicale*, 15 juin 1927.)

Ouest, un premier cas fut diagnostiqué en juillet 1926 par notre Maître, M. le D^r Rocaz. Et, dès lors, un certain nombre d'autres s'y sont manifestés.

M. Rocaz vient de publier 11 cas d'acrodynie (1). Nous avons fait à son travail de larges emprunts. M. le D^r Boissérie-Lacroix, médecin des Hôpitaux, assistant du service de M. le D^r Rocaz à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux en a relevé un cas dans sa clientèle personnelle et a bien voulu nous en donner l'observation.

C'est à l'aide de ces cas régionaux, comparés à ceux publiés jusqu'ici par les divers auteurs que nous essayerons de définir les formes cliniques de l'acrodynie.

(1) Rocaz. — L'acrodynie infantile; ses formes cliniques. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 25 janvier 1928.)

FORMES CLINIQUES

L'acrodynie présente une grande richesse symptomatologique. On peut classer ses diverses manifestations en troubles psychiques, moteurs, sensitifs et cutanés; troubles plus ou moins accentués, plus ou moins au complet selon les cas.

Les premières observations ont porté sur des cas où se trouvaient réunis tous ces signes avec leur allure impressionnante, leur évolution lente, paroxystique, souvent aggravée par des complications plus ou moins sévères, parfois mortelles.

Nous allons tâcher, au milieu de ce polymorphisme, de dégager la part des symptômes propres et celle des complications. Nous décrirons une forme complète ou neuro-cutanée, puis des formes incomplètes purement nerveuses. peut-être même une forme exclusivement psychique, et à côté de ces formes frustes, une forme myélitique.

Il n'y a pas de forme purement cutanée.

I. — FORME COMPLETE OU FORME NEURO-CUTANEE

OBSERVATION I (1). — « Denise B..., âgée de cinq ans, habitant au sud du département du Lot-et-Garonne.

Antécédents héréditaires. — Les parents de cette enfant sont nés dans le pays, ainsi que leurs ascendants.

La mère, bien portante, a eu deux enfants : la petite malade d'abord, et un second enfant actuellement âgé de quinze mois, bien portant.

Le père a joui d'une excellente santé jusqu'au jour où, mobilisé en Syrie pendant dix-huit mois, il y a contracté du paludisme dont il n'est pas complètement guéri.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme; elle a été nourrie exclusivement au sein jusqu'à l'âge de trois mois. A cette époque, début de l'allaitement mixte : sein et lait de vache bouilli, réchauffé au bain-marie.

Premières dents à huit mois et demi. L'enfant a marché seule à un an. Sevrée avec du lait bouilli, fruits cuits, légumes frais très cuits, des œufs.

Actuellement, l'alimentation de cette enfant est constituée par la nourriture ordinaire des enfants habitant à la campagne : pain, lait, pommes de terre, haricots, légumes frais et viande en petite quantité. L'enfant ne prend presque jamais de farine de maïs, ni de seigle.

(1) Rocaz. — L'acrodynie infantile, ses formes cliniques, (Observation I.)

Le logement de la famille est clair, bien aéré; l'enfant passe d'ailleurs presque tout son temps en plein air dans les champs.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie est difficile à préciser. A la fin du mois de février 1926, cette enfant fut atteinte d'une pyrexie de nature mal définie, que son médecin prit, en raison de la saison, pour une manifestation grippale. La fièvre dura trois semaines environ, cessa, puis reparut au début de mai. Elle persista trois ou quatre jours, oscillant autour de 38°. C'est à partir de ce moment que s'installa peu à peu le syndrome constaté au moment de l'examen.

Les parents nous racontent qu'à cette époque le caractère de l'enfant changea; elle devint grognon, triste, irritable, se plaignant d'être fatiguée, demandant à être constamment couchée ou assise sur les genoux de sa mère. Puis, peu à peu, la marche devint difficile et l'enfant ne pouvait faire que quelques pas au prix de grandes difficultés.

La nuit, cette enfant ne dormait presque pas; en revanche, le jour elle était toujours somnolente; quand on l'asseyait sur une chaise, au bout d'un moment son corps retombait en avant et la mère était obligée de la recoucher. En même temps, l'enfant refusait peu à peu tous les aliments qui lui étaient présentés. Elle était plutôt constipée, elle ne vomissait jamais. En revanche, elle demandait constamment à boire. Très propre avant sa maladie, elle présenta, au bout de quelques semaines, de l'incontinence d'urines. Puis apparurent sur le corps des érythèmes dont nous parlerons plus loin. En même temps la mère constata, non sans une certaine stupéfaction, l'expulsion spontanée de quatre dents : deux canines d'abord, puis une molaire et une pré-molaire. Les dents expulsées, qui nous furent d'ailleurs présentées par la mère, étaient entièrement saines.

La mère nous affirme que l'enfant, malgré son état d'asthénie et de mélancolie, a gardé l'intégrité de son intelligence.

L'enfant se plaint de douleurs de tête.

Examen. — C'est le 31 juillet 1926 que cette enfant nous fut présentée. Ce qui frappe d'abord, c'est son air de profonde tristesse et d'indifférence. Blottie sur les genoux de sa mère, elle paraît ne s'intéresser à rien de ce qui se passe autour

d'elle. Elle ne sort de son mutisme que lorsqu'on la déshabille, pour se plaindre et protester. Elle est de taille moyenne, mais amaigrie, et l'amaigrissement du corps contraste avec un certain degré de bouffissure de la face.

L'attention est en même temps attirée sur les manifestations cutanées. Les mains paraissent gonflées, elles sont le siège d'une rougeur vive, uniforme et d'une desquamation par petits lambeaux. Au niveau de la paume, on note une sudation très marquée, la main est d'ailleurs froide au toucher. Sur la main droite, au niveau du médius et de l'annulaire on trouve de petites plaques cyanotiques, de couleur violet foncé, douloureuses à la palpation. Une plaque analogue est constatée à la main gauche, au niveau de l'articulation de la phalangine et de la phalangette du médius, ainsi qu'à l'annulaire. Les ongles paraissent normaux, mais on note au-dessus d'eux un bourrelet très saillant. La sensibilité objective paraît subsister au niveau de la main. Les lésions cutanées s'arrêtent environ à cinq ou six centimètres au-dessus du poignet. A ce niveau, l'érythème se présente sous forme d'une rougeur ponctuée.

Les pieds rappellent l'aspect des mains, mais l'érythème est surtout marqué à la plante des pieds et aux orteils sur toute leur étendue. Il est moins marqué à la face dorsale et s'arrête à deux centimètres au-dessous de la malléole. Le pied présente comme la main ces caractères de gonflement, de rougeur, de froid à la palpation, et de sudation. Mais la desquamation y est moins accentuée.

Les genoux sont rouges, mais ne desquament pas. Sur le tronc on note un érythème se présentant sous forme de petits éléments rouges, dont plusieurs ont un caractère pétéchial : on dirait un mélange d'éruption scarlatiniforme et de purpura. Cet érythème siège surtout à la partie inférieure du thorax, à la partie inférieure de l'abdomen, dans la région sus-pubienne. On le trouve également sur les parties latérales et sur toute la face postérieure du tronc; à ce niveau, on note une légère desquamation. L'érythème se prolonge d'ailleurs au niveau des fesses et au niveau des deux hanches. A la par-

tie interne des cuisses, la peau est absolument normale. Sur tout le tronc, on note des lésions de grattage.

Pendant l'examen il est facile de constater une hypersécrétion sudorale généralisée à tous les pores, particulièrement abondante au niveau des mains et des pieds.

Ganglions hypertrophiés, durs, mobiles au niveau des régions cervicales et inguinales.

Les cheveux paraissent normaux, mais un peu rares.

La langue est légèrement sale, mais humide. La gencive inférieure est absolument normale; en revanche, en haut, on trouve des signes de gingivite indéniable. La muqueuse est tuméfiée; l'incisive latérale, la prémolaire et la première molaire du côté gauche sont branlantes. Il existe à la partie postérieure du maxillaire, à droite, une tuméfaction gélatiniforme de la grosseur d'une noisette.

Mise sur ses pieds et invitée à marcher, l'enfant ne fait que quelques pas incertains, s'arrête et demande immédiatement à être portée. La palpation des muscles montre une mollesse révélatrice de l'hypotonie musculaire. Les réflexes sont conservés partout, mais le réflexe patellaire gauche est diminué. Il a été procédé à l'examen de l'excitabilité, au courant faradique et au courant galvanique, de tous les muscles des membres et de la face antérieure du tronc. Les réactions ont été normales pour tous ces muscles. Du côté des os on ne trouve aucune déformation, aucune tuméfaction sauf une légère augmentation de volume des épyphyses radio-cubitales, séquelles d'une légère atteinte de rachitisme ancien. Il a été pratiqué une radiographie des humérus, des fémurs, des radius, des cubitus, des tibias, des péronés, des côtes, des os des mains et des pieds. Toutes ces radiographies montrent une structure osseuse absolument normale; on n'a noté aucune zone de décalcification ni de rachitisme en évolution.

Pouls régulier, mais tachycardie manifeste et permanente. Les bruits du cœur sont normaux. Tension artérielle au Pachon : 8-12.

Il a été pratiqué un examen du sang qui a donné les résultats suivants :

Temps de saignement (Duke)	4 minutes.
Temps de coagulation	3 minutes.
Hémoglobine	90 %.
Rétraction du caillot	normale
Leucocytose (cellule de Nageotte)	
par m/m ³	10 à 12.000
Hématies granuleuses	normales.
<i>Globulins</i>	normaux.
Valeur nucléaire des neutrophiles.	280
Présence d'enclaves basophiles dans les neutrophiles.	

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	36,66 %
Lymphocytes	45,35 %
Monocytes	12 %
Multi-lobés	3,66 %
Eosinophiles	0,33 %
Mastzellen	2 %

Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire : pas de coryza. Urines claires, de composition normale, pas de sucre, pas d'albumine.

L'examen des yeux n'a démontré aucune anomalie ni de la musculature, ni du fond de l'œil. Pas de photophobie au moment de l'examen.

Une ponction lombaire a donné issue à un liquide non hypertendu, clair, qui, sur le frottis, n'a pas révélé de réaction cytologique.

Albumine	0,18 centigrammes.
Sucre	normal.
Réaction de Pandy	négative.
Réaction de B. W.	négative.
Réaction de Besredka.	négative.
Aucun microbe.	

Il fut conseillé pour cette enfant un traitement banal à base d'huile de foie de morue, de belladone et de chlorure de calcium.

Evolution. — Quatre mois plus tard (en novembre), le médecin de cette enfant nous signale une amélioration considérable de son état. La marche est plus facile; la malade a repris de la gaieté, de l'entrain, dort, marche; mais les troubles cutanés et d'hypersécrétion sudorale persistent.

Le 4 avril 1927, c'est-à-dire un an après le début de la maladie, nous avons l'occasion de revoir cette enfant. Elle paraît alors presque complètement guérie et nous ne constatons plus aucun trouble de la marche, ni de la tonicité musculaire.

Les troubles nerveux, altération du psychisme, hypotonie musculaire, paresthésies ont complètement disparus; les seules séquelles de l'affection qu'elle a présentée sont la perte de sept dents et une certaine fragilité de ses ongles. La mère nous déclare d'ailleurs que l'enfant est complètement métamorphosée. »

OBSERVATION II (due à l'obligeance de M. le D^r Boissierie-Lacroix). — « Pierre S..., vingt-deux mois, né à terme. Grossesse et accouchement normaux. Poids à la naissance : 3 kil. 750.

Antécédents héréditaires et personnels. — Parents jeunes et bien portants (cultivateurs). Pas de fausses-couches antérieures.

Enfant nourri exclusivement au sein jusqu'à dix mois, allaitement mixte jusqu'à quinze mois; première dent à neuf mois. Marche à un an.

Histoire de la maladie. — Début de la maladie très insidieux : depuis un ou deux mois, l'enfant maigrit, devient grognon, agité : il dort mal. Pas de troubles digestifs, mais constipation. Appétit médiocre, alimentation très variée : l'enfant reçoit du lait, bouillies, purées, fruits, viande, œufs, poissons...)

Examen le 1^{er} septembre 1927. — Etat général très médiocre : enfant émacié, souffreteux : maigreur très marquée des membres, des fesses, de la face. Enfant très grognon et hos-

tile : gémit lorsqu'on veut le changer de position, hurle pour se faire déshabiller. Se gratte avec persistance la poitrine.

Téguments : thorax et abdomen couverts de miliaire sudorale typique, et par places de petites papules plus ou moins excoriées, très prurigineuses. Micropolyadénopathie.

Mains et pieds : rouges, violacés (teinte tranchant absolument avec celle de l'avant-bras et du cou de pied), froids œdématisés, sans godet. Sueurs abondantes : sensation de main mouillée. Entre les doigts et les orteils téguments macérés. Desquamation de la peau par petits lambeaux plus ou moins polycycliques entre les doigts et au niveau des régions palmaires et plantaires.

Système nerveux : L'enfant se refuse absolument à marcher et à se tenir droit. Les mouvements des membres supérieurs semblent s'exécuter normalement.

Sensibilité : les moindres mouvements provoqués déterminent des cris.

Réflexes : oculaires normaux (à la lumière), rotuliens très diminués, presque abolis des deux côtés.

Raie vaso-motrice un peu prolongée.

Pas de troubles sphinctériens.

Bouche et pharynx normaux. Absence complète de stomatite et de gingivite. Dix-sept dents en bon état. Langue sèche.

Urines sans albumine.

Tube digestif normal; pas de douleurs abdominales à la pression.

Diagnostic. — Acrodynie.

Traitement. — Repos complet, Alimentation normale. Un centigramme de calomel tous les huit jours. — Quatre gouttes d'ostelline par jour. — Dix gouttes de solution d'adénaline au millièème par jour.

Le 24 septembre. — Etat similaire. La sudation et la desquamation cutanée restent très marquées au niveau des mains et des pieds.

Les troubles trophiques (rougeur, œdème...) constatés en ce point persistent identiques : ils s'arrêtent brusquement au niveau de la cheville et à quelques centimètres au-dessus du poignet.

Poids : 9 kil. 250.

Traitement idem, en plus donner durant dix à douze jours de quatre à dix gouttes de solution de génatropine.

Le 24 novembre. — Etat très sensiblement amélioré; poids 9 kil. 850. La transpiration a disparu à peu près complètement. Lorsqu'elle a tendance à reparaitre, la mère redonne pendant un ou deux jours la génatropine qui la fait disparaître.

Disparition complète de toute éruption au niveau du thorax et de l'abdomen. Mains et pieds encore douloureux, mais beaucoup moins : l'enfant recommence à marcher spontanément. Pieds rosés; il n'y a plus ni œdème ni desquamation, ils sont très froids. Mains chaudes, mais très rouges et très œdématiées, la droite surtout qui, à part la coloration, rappelle un peu la main succulente; pas de godet d'œdème; absence complète de sueurs et de desquamation.

Rien à la bouche.

Réflexes rotuliens normaux.

L'enfant a bon appétit, redevient gai, s'amuse à des jeux tranquilles, dort normalement. La famille trouve que l'état psychique s'est beaucoup amélioré.

Traitement conseillé : ostelline, arrhénal. »

OBSERVATION III (1). — « Enfant C..., âgé de trois ans, habitant à la campagne à l'ouest du département du Lot-et-Garonne.

Est conduit à la consultation de l'Hôpital des Enfants parce que, depuis une quinzaine de jours, il se plaint sans cesse, et particulièrement la nuit, de souffrir du ventre.

Père et mère en bonne santé; vigoureux. Deux enfants bien portants. Pas de fausses-couches. Enfant né à terme, nourri au sein, a toujours vécu à la campagne. N'a jamais été sérieu-

(1) Rocaz, — Loc. cit, Observation VII.

sement malade, mais depuis un an environ présente assez souvent des troubles digestifs, cédant à une purgation.

Il y a une quinzaine de jours, l'enfant se plaignant du ventre, les parents pensèrent à un nouvel embarras gastrique, mais une purgation ne ramena pas le calme habituel. Au contraire, l'enfant ne cessa de geindre, de crier la nuit; il devint grognon et ne voulut plus qu'on le touchât. Il se mit à suer abondamment et présenta sur le corps une fugace éruption de miliaire sudorale.

Comme il n'avait ni fièvre, ni diarrhée, ni vomissements, on voulut le lever : très vite il se dit fatigué, demanda à être porté. En même temps, il se plaignit de douleurs au niveau des mains. C'est à leur niveau que la sudation restait la plus marquée. « *Il a les mains froides et mouillées comme si elles sortaient de l'eau* », dit la mère.

Par moment, l'enfant s'est plaint aussi en urinant; il restait quelques instants avant de pouvoir uriner, poussant, ayant l'air de souffrir.

Examen. — L'enfant est amaigri; il est surtout hypotonique, flasque, bien que ne présentant aucun signe de paralysie. Tous les mouvements actifs et passifs sont en effet possibles, parfois même l'enfant oppose à la recherche des mouvements passifs une résistance plus forte que ne le laisserait supposer l'état de la musculature.

Ces recherches déterminent de sa part des cris de douleur, des gémissements, par moment il crie sans arrêt pendant plusieurs minutes : « Ne me touchez pas le ventre, ne me touchez pas le ventre », alors que l'on ne fait aucune manœuvre pour le faire.

D'ailleurs, lorsqu'on pratique cet examen, aucun point n'est particulièrement douloureux; il n'y a pas de défense musculaire.

Tous les réflexes sont normaux.

La langue est légèrement saburrale. L'examen de la bouche, des dents, de la poitrine ne révèle rien de particulier.

Le pouls est à 110 pulsations à la minute.

Pas de fièvre. Soif vive, anorexie.

Les mains ne paraissent pas particulièrement douloureuses à la palpation; elles sont humides, un peu gonflées et on note une très discrète éruption morbilliforme composée de macules rouge foncé sur les éminences thénar et hypothénar.

Rien aux pieds.

La marche est à peu près correcte, mais l'enfant se fatigue vite et au bout de quelques minutes demande à être assise.

Les urines sont louches dès l'émission : elles sont chargées en sel et contiennent par litre 9 gr. 4 de chlorure, 5 gr. 2 de phosphates et 24 gr. d'urée.

Traitement conseillé : gardénal.

Insomnie nocturne très marquée.

Ces symptômes persistent pendant un mois environ; les manifestations cutanées s'accroissent, l'enfant présente une fine desquamation au niveau des mains. Puis peu à peu la situation s'améliora et la guérison était complète trois mois plus tard. »

OBSERVATION IV (1). — « Enfant S... A..., âgé de quatre ans, habitant à la campagne, dans la Gironde.

Est amené à la consultation de l'Hôpital des Enfants parce qu'il maigrit, perd ses forces depuis deux mois environ.

Père en bonne santé habituelle, maigre, petit, a été réformé pour insuffisance de périmètre thoracique, mais ne tousse pas habituellement, ne crache jamais.

Mère bien portante. A eu quatre grossesses normales, sans incidents. Le premier enfant, qui pesait plus de 3 kilos en naissant, est mort à vingt et un jours, victime, dit la mère, d'une insuffisance de nourriture (?). Les trois autres enfants ont été nourris normalement par la mère.

Enfant né à terme. Pesant 3 kil. 500 à la naissance. Nourri au sein. N'a jamais eu aucune maladie importante.

(1) Rocaz. — Loc. cit., Observation VIII.

Histoire de la maladie. — En décembre 1926, l'enfant, qui avait jusqu'en octobre vécu en Normandie et mangeait à peu près de tout, comme ses parents, est pris de quelques malaises caractérisés par de l'irrégularité dans les selles, l'appétit étant conservé; il n'y a jamais eu de fièvre, de diarrhée véritable, ni de vomissements; la langue était suburrale, enfin l'enfant accusa des douleurs vives au niveau du ventre, mal déterminées comme siège. La position ventrale les calmait.

Ces troubles, attribués au changement de nourriture, furent traités sans succès par le calomel, le sulfate de soude, un régime alimentaire. Les douleurs diminuent et l'enfant ayant notablement grandi, tout fut mis sur le compte de la croissance.

Mais en mars 1927, l'enfant se remet à maigrir, il perd ses forces : il ne se plaint pas de souffrir, mais se déclare tout de suite fatigué; il faut le porter; le jour, mis dans le jardin, il reste assis par terre ou plus souvent assis sur ses talons, le buste reposant sur ses cuisses. En même temps apparaissaient :

1° Un changement très net dans le caractère; le petit malade devient capricieux, grognon, se mettant à geindre quand on l'approchait,

2° Une sudation intense de tout le corps, mais surtout des mains et des pieds. Il semble bien que dès ce moment-là les parents avaient remarqué la petite éruption des extrémités qui est devenue surtout évidente depuis quelques jours; mais ce qui est certain, c'est l'apparition d'une miliaire sudorale.

Enfin, il y a une quinzaine de jours, les parents ont noté une chute assez accentuée des cheveux, et des troubles de la marche. En même temps, l'enfant perd le sommeil.

Examen. — Enfant de taille moyenne, amaigri, dont tout le pannicule adipeux est très diminué et n'est guère respecté qu'à la face. Les yeux sont cernés, la figure fatiguée. Pas de fièvre.

On ne trouve pas de troubles de la dentition, ni d'adénopathie notable, pas de rougeur du pharynx. Amygdales un peu grosses. La langue est le siège d'une importante glossite des-

quamative. Au niveau du thorax on note une importante éruption de miliaire sudorale.

L'abdomen est en bateau, très souple, les muscles peu résistants, la peau amincie, fortement plissée.

Au niveau des membres on note :

1° Une hypotonie assez marquée de tous les muscles, mais particulièrement du quadriceps crural droit qui, lui, est tout à fait flasque à la palpation. La percussion des masses musculaires ne suscite pas de contraction.

2° Une éruption formée d'un ponctué rouge vif, maculeux, non rugueux dont les éléments ont la taille d'un grain de mil à une lentille siégeant sur la face palmaire des mains, particulièrement sur les éminences, et sur la face plantaire des pieds, débordant sur les deux bords avec quelques rares éléments à la face dorsale. Les genoux présentent une rougeur diffuse, sans ponctué nettement différencié.

3° Une desquamation commençante, à petits lambeaux au niveau des mains et actuellement surtout marquée aux faces latérales des doigts.

Les muscles vertébraux sont eux aussi légèrement hypotoniques. Les réflexes tendineux sont plutôt faibles, le patellaire droit est aboli.

L'auscultation montre une légère adénopathie trachéo-bronchique. Rythme cardiaque rapide : autour de 120 à la minute. L'examen radiologique du poumon ne dénote rien de particulier. L'examen des urines ne révèle rien à signaler.

Nous avons appris que peu à peu tous ces symptômes s'amendèrent et, quatre mois après le début de sa maladie, cet enfant était complètement guéri. »

OBSERVATION V (1). — « Enfant I. G..., âgé de trois ans, habitant au centre du département du Lot-et-Garonne.

L'affection a débuté d'une façon insidieuse au mois de décembre 1926, par un changement de caractère très net, de

(1) Rocaz. — Loc. cit. Observation IX.

l'insomnie, une constipation opiniâtre. Les troubles de la marche ne sont survenus qu'un peu plus tard : au début simple fatigue, puis peu à peu marche hésitante, pénible ne permettant que quelques pas. Amaigrissement progressif et anorexie rebelle. Trois mois seulement après le début de l'affection apparition des troubles cutanés au niveau des mains et des pieds; rougeur, gonflement, desquamation accompagnée d'une hypersécrétion sudorale très nette.

Après une période d'état de quatre mois environ, l'affection s'améliora peu à peu. Guérison au bout de six mois. »

OBSERVATION VI (1) — « Enfant S..., âgé de quatre ans, demeurant au nord du département de la Gironde.

L'affection a débuté par un état fébrile (37°8) avec langue saburrale, diarrhée, abattement.

C'est à la suite de cé malaise que la mère constata un changement de caractère chez son enfant; d'enjoué et soumis, il devint hargneux et autoritaire, grognon; la nuit il était agité et dormait à peine; en même temps, il se plaignait de douleurs dans les mains et les pieds. A tout instant cet enfant se déclarait fatigué et demandait à s'asseoir.

Examiné quelques jours plus tard par son médecin, celui-ci constata l'existence sur tout le corps, et particulièrement aux mains et aux pieds, d'une éruption de miliaire sudorale, avec prurit intense et lésions de grattage.

Il y avait plus d'un mois que la maladie avait débuté quand je fus appelé auprès de cet enfant par son médecin.

Je me trouvai en face d'un enfant à la figure fatiguée, amaigri, gardant le lit. Quand on le levait et qu'on essayait de le faire marcher il faisait quelques pas hésitants et s'arrêtait disant qu'il souffrait. Réflexes patellaires très diminués.

Présence sur tout le corps d'une éruption rappelant la scarlatine, sillonnée de lésions de grattage révélant un prurit in-

(1) Rocaz. — Loc. cit., Observation X.

tense. Mains caractéristiques de l'acrodynie : grosses macérées, humides, froides, d'un rouge vif avec desquamation très nette. Mêmes symptômes aux pieds.

Langue sale; soif vive.

La maladie dura quatre mois. Peu à peu les troubles psychiques s'amendèrent, l'éruption pâlit, puis disparut. La marche redevint normale. Guérison complète. »

OBSERVATION VII (1), « due à l'obligeance de M. le Docteur Subervielle, d'Amou (Landes). — Fillette de trois ans, habitant le sud du département des Landes.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires : grands parents paternels et maternels en vie, en bonne santé. Les parents sont également en bonne santé. La mère n'a pas fait de fausses couches.

La fillette âgée de trois ans n'a jamais été malade. Nourrie au sein, a marché à dix mois; dentition normale. Parole et intelligence se sont normalement développées suivant l'âge. Physiquement, enfant en très bon état.

Il y a deux mois environ son caractère normal jusqu'alors a subitement changé; elle est devenue irascible et volontaire à l'excès; se jetant par terre avec cris perçants et mouvements désordonnés si on ne fait pas à sa volonté. En même temps elle refuse toute alimentation. La constipation est opiniâtre. Urines très rares, une seule miction dans les 24 heures. Le sommeil à peu près nul, entrecoupé de crises de pleurs et de mouvements presque convulsifs. L'enfant maigrit de 3 kilogs après un début de maladie de quinze jours.

Marche pénible, hésitante, titubante. L'enfant paraît très affaibli; l'auscultation ne présente rien d'anormal soit au point de vue pulmonaire, soit au point de vue cardiaque. Au point de vue digestif, l'examen ne révèle rien d'anormal si ce n'est une langue légèrement saburrale; avec en plus le

(1) Rocaz, — Loc. cit., Observation XI.

symptôme de constipation signalé par les parents. Pas de vomissements. Inappétence absolue.

L'examen des réflexes absolument impossible à faire. Les pupilles réagissent bien et sont égales.

Aux mains et aux pieds érythème d'un rouge vif, remarqué par les parents, suivi quelques temps après, d'une desquamation très prononcée.

L'enfant paraissait d'ailleurs souffrir très vivement de ces régions, la souffrance survenait par crises, au cours desquelles elle se frottait fortement les mains et les pieds l'un contre l'autre.

Traitement : bains chauds, gardénal. Amélioration progressive, entrecoupée d'ailleurs d'une rechute. Guérison. »

L'analyse des signes décrits dans ces observations va nous permettre de schématiser cette forme neuro-cutanée de l'acrodynie et de préciser la valeur respective de ses différents symptômes.

Notons d'abord *l'insidiosité du début*, que l'on retrouve à peu près toujours dans les cas observés précocement par un entourage attentif. Ce début peut passer inaperçu. Les parents ne s'aperçoivent du changement de leur enfant que lorsqu'il est assez accusé et déclarent alors au médecin que la maladie a eu un début brusque. Si l'on pousse à fond l'interrogatoire, on s'aperçoit le plus souvent qu'au contraire la maladie s'est installée lentement, sournoisement, parfois après une atteinte inflammatoire légère des voies respiratoires supérieures ou un léger épisode fébrile, d'autres fois sans trouble prémonitoire.

Comme il l'a bien mis en évidence, M. Rocaz, « *les troubles psychiques* sont constants et précoces », souvent prédominants. Les parents insistent sur la perte de gaieté de l'enfant. Il ne joue plus comme d'habitude, mais reste assis dans un coin triste et silencieux. Il devient bizarre, irritable, a des crises de colères violentes, inexplicables.

L'*intelligence* paraît parfois en régression. L'enfant dit des paroles sans suite ou répète en gémissant les mêmes mots, plus ou moins intelligibles, pendant des heures : « Je veux boire », « Je veux du café », « Oh ! mon Dieu ! mon Dieu ! » (1).

Il est indifférent à tout ce qui l'entoure, ne reconnaît plus les siens, peut même devenir agressif à leur égard, chercher à les mordre, à leur donner des coups.

Cette violence, il l'exerce d'ailleurs contre lui-même, s'arrachant les cheveux, tapant sa tête contre les murs, se donnant des coups, comme dans un accès de folie.

Cet état d'excitation alterne avec des périodes de dépression plus ou moins profonde et présente assez souvent des alternatives de rémission et d'aggravation ne coïncidant pas toujours avec les mêmes variations des autres symptômes.

L'agitation est le plus souvent nocturne. L'*insomnie* qui l'accompagne contraste fréquemment avec la *somnolence de la journée*. Beaucoup d'auteurs l'ont rattachée à la douleur. Mais elle existe même lorsque celle-ci est peu marquée, et parfois s'exacerbe dans les périodes de rémission douloureuse. En outre, elle est « si caractéristique qu'on a » l'impression qu'elle n'est pas due à l'irritation, mais qu'elle » constitue un symptôme direct de la maladie. Feer l'a assimilée à l'insomnie de l'encéphalite » (2) Elle est presque toujours d'importance extrême. « Certains enfants passent » des semaines entières en ne dormant qu'une heure ou » deux par nuit » (Rocaz). « C'est un symptôme constant. Il » a d'autant plus de valeur que l'insomnie est chose rare » dans la seconde enfance » (Rocaz). Il doit « éveiller (l'attention des médecins et les aiguiller vers le diagnostic » d'acrodynie » (Rocaz).

(1) Hanshalter. — Sur un syndrome caractérisé par de l'insomnie, des sueurs, des troubles vaso-moteurs des extrémités, (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, Paris, juillet 1926.)

(2) Comby. — L'Erythrædème des nourrissons.

Les *troubles de la sensibilité subjective des extrémités* sont tellement intenses et fréquents que beaucoup d'auteurs désignent la maladie par leur nom, acrodynie. M. Rocaz insiste sur leur « quasi-constance » et les décrit en détail. « Les sensations pathologiques ressenties par les enfants au » niveau des extrémités paraissent se rapporter à quatre » types qui peuvent d'ailleurs alterner ou s'associer.

» C'est d'abord une sensation de fourmillement ou de » corps étrangers au niveau de la plante des pieds et de la » paume des mains. Une fillette que j'ai observée se plai- » gnait au début de la maladie d'avoir des cailloux dans ses » souliers et demandait constamment à être déchaussée » (observation III)... Une autre prétendait tantôt qu'elle » avait du sable dans les mains, tantôt qu'elle avait « des » aiguilles ». Il semble bien que ces fourmillements consti- » tuent le premier symptôme du syndrome acro-patholo- » gique. C'est ensuite une sensation de chaleur, de brûlure; » les grands enfants la signalent d'une façon très précoce; » certains demandent qu'on leur trempe les mains dans » l'eau froide. Un malade de M. Nobécourt n'était calmé » que par l'immersion dans de l'eau glacée, et pour éviter » la macération de la peau, on avait été obligé de revêtir » ses mains de gants en caoutchouc. La plupart des enfants, » quand ils sont au lit, gardent leurs mains au-dessus des » couvertures et les changent constamment de place pour » les poser sur du linge frais. Une de mes petites malades, » au début de sa maladie, quand elle pouvait encore mar- » cher, allait s'asseoir sur une pierre carrelée, s'y déchaus- » sait et posait ses pieds sur le carreau froid. La mère, qui » n'avait encore constaté chez son enfant que des modifica- » tions du caractère, avait signalé à son entourage cette » « nouvelle manie de sa fille ». Un malade de Jenny deman- » dait qu'on souffle sur ses doigts. C'est aussi une sensation » de prurit pouvant être indépendante de toute lésion cuta- » née apparente et très précoce; les enfants demandent

» qu'on leur gratte constamment la plante des pieds et la
» paume des mains.

» C'est à ces sensations anormales qu'est dû le geste de
» se frotter à tout instant les mains l'une contre l'autre, ou
» celui de les serrer fortement l'une dans l'autre. Si l'on
» interroge avec soin les parents du petit malade, et si
» ceux-ci sont quelque peu observateurs, on retrouve pres-
» que toujours ces gestes. Comme ils ne font pas partie des
» gestes habituels des jeunes enfants, ils constituent, à mon
» avis, un signe diagnostic de première valeur. Certains en-
» fants mordillent constamment leurs doigts.

» Il semble bien que les troubles subjectifs de la sensi-
» bilité puissent se borner à ces sensations. Mais souvent
» leur succèdent ou s'y associent de véritables douleurs dont
» le caractère et le siège sont assez variables; les enfants
» assez âgés pouvant exprimer leurs sensations ne donnent
» d'ailleurs à leur sujet que des renseignements un peu va-
» gues : la plupart parlent de lancements au niveau des
» doigts, au niveau des poignets, parfois très pénibles et
» arrachant des cris. Certains enfants qui souffrent aussi
» des mains ont alors les doigts fléchis sur la paume de la
» main; quand on essaie de les étendre, ils résistent en
» criant.

» Ces douleurs ne siègent pas exclusivement aux mains
» et aux pieds; le poignet et le coup-de-pied sont souvent
» intéressés; elles peuvent dépasser les membres et siéger
» un peu partout, mais il est une localisation sur la fré-
» quence de laquelle il faut insister : les enfants *se plai-*
» *gnent du ventre*, et cela pendant des jours entiers en
» dehors de tout trouble digestif.

» C'est probablement à ces douleurs qu'est due l'attitude
» d'hostilité défensive que présentent beaucoup d'enfants,
» surtout au début de la maladie : dès qu'on les approche,
» ils pleurent; dès qu'on les touche, ils crient; il est sou-
» vent fort difficile de les examiner et d'ailleurs ils parais-

» sent souffrir beaucoup quand on les remue. C'est à ces
» douleurs que sont dues leurs plaintes continuelles, leur
» geignement presque constant, leurs crises de pleurs, favo-
» risés d'ailleurs par leur état psychique spécial. Ce sont
» ces douleurs, jointes à l'hypotonie musculaire, qui expli-
» quent cette attitude si souvent notée des enfants dans leur
» lit : assis les genoux relevés, ou à la turque, recroquevillés
» sur eux-mêmes, la tête reposant sur les genoux ou sur
» les jambes, ils restent ainsi immobiles pendant de lon-
» gues heures; d'autres restent couchés sur le ventre, les ge-
» noux pliés sur le corps, la tête enfouie dans l'oreiller;
» cette dernière attitude s'explique par la photophobie que
» présentent beaucoup de sujets.

» Certes ces troubles sensitifs sont extrêmement varia-
» bles, comme intensité et comme durée, mais je le répète,
» à mon avis, ils ne font presque jamais défaut; comme,
» d'autre part, ils présentent des caractères très particu-
» liers, ce sont eux qui peuvent et qui doivent faire ratta-
» cher à l'acrodynie certaines psychopathies aiguës de
» l'enfance qu'on ne saurait faire dépendre d'aucune autre
» entité morbide » (Rocaz).

Les *troubles de la sensibilité objective* sont extrêmement difficiles à mettre en évidence, et l'on doit toujours être très réservé quant à la valeur des résultats obtenus chez le jeune enfant. Certains auteurs ont cependant décrit des zones d'hyperesthésie, d'autres des zones d'hypoesthésie.

Un autre signe presque constant est *l'asthénie* parfois excessive et alarmante.

Les *troubles moteurs* paraissent constants. Ils sont très importants pour le diagnostic. Les petits malades redoutent tout effort musculaire. Au repos ils sont en attitude de résolution complète. La démarche est, comme l'a signalé M. Rocaz, titubante avec lordose et projection du ventre en avant « comme dans les myopathies primitives ».

Les enfants se fatiguent rapidement. Au bout de quelques minutes ils demandent à être portés sur les bras ou en voiture.

Parfois ils sont dans l'impossibilité absolue de marcher et de se tenir debout sans qu'il y ait paralysie réelle : les mouvements actifs restent possibles lorsque l'enfant est étendu. Les mouvements des extrémités sont conservés.

Ces pseudo-paralysies sont conditionnées à la fois par la douleur au niveau des extrémités inférieures, l'asthénie et l'*hypothonie musculaire*.

Cette hypothonie est évidente. On la devine à l'attitude de l'enfant dont le tronc est fléchi en avant et dont la tête tombe sur la poitrine. On la décèle par l'examen des masses musculaires qui ont véritablement fondu, laissant à leur place des loges à peu près vides, molles et flasques à la palpation.

Hypothonie et *atrophie* sont surtout remarquables au niveau des membres inférieurs.

« Dans presque toutes les observations on note une diminution des *réflexes* dans la première période de la maladie, et cette manifestation paraît liée, elle aussi, à l'hypotonie musculaire. Chez quelques sujets les réflexes patellaires peuvent être abolis, ou des deux côtés, ou d'un seul. Certains auteurs les ont trouvés exagérés; le fait paraît exceptionnel » (Rocaz).

La recherche de Babinski est habituellement négative.

Il n'y a ni fibrillation musculaire, ni myoclonies, sauf dans une observation de MM. Jannet et Pierrot.

Les *réactions électriques* des muscles sont généralement normales.

Les *lésions cutanées* d'ordre *vaso-moteur* et *trophique* sont très fréquentes et d'apparition assez précoce. Elles évoluent par poussées successives coïncidant parfois avec les crises douloureuses.

C'est d'abord de la *sueur* plus ou moins abondante et généralisée, pouvant obliger à changer la literie de l'enfant plusieurs fois par jour. Ces sueurs sont surtout intenses au niveau des extrémités qui sont froides et visqueuses ou franchement mouillées.

Elles ne tardent pas à se macérer et à présenter une *couleur rouge violacée* plus ou moins accentuée, dont la limite n'est pas toujours très franche, mais qui tranche nettement avec la coloration normale des segments sains sus-jacents du membre.

En même temps les mains et les pieds se *tuméfient*, deviennent épais, mous au toucher, comme s'ils étaient couverts d'engelures, sans qu'il y ait œdème véritable.

Ce sont cet aspect et cette coloration qui ont valu à la maladie les noms pittoresques d'érythroedème, pink disease, raw beef hands and feet.

Ces troubles ne se limitent d'ailleurs pas toujours aux mains et aux pieds. Ils se voient assez souvent au niveau de l'hémithorax antérieur, de l'abdomen, des joues et du nez.

Sur cette peau tuméfiée apparaissent des *éruptions* de miliaire sudorale ou du type morbilieux, scarlatineux, rubéolique, urticarien.

Assez rapidement la peau lésée *desquame* en petites parcelles fines ou, le plus souvent, en larges lambeaux rappelant ceux de la scarlatine.

L'aspect de ces lésions cutanées est tellement caractéristique, on a tellement l'habitude de les rechercher et d'insister sur elles que certains médecins refusent de porter le diagnostic d'acrodynie avant leur apparition.

Nous verrons cependant dans les formes suivantes que ces manifestations peuvent s'atténuer au point de disparaître au moins cliniquement.

Les *adénopathies* sont fréquentes, en général multiples, peu volumineuses, et ne suppurent pas.

Parmi les *troubles digestifs*, un seul est constant, précoce, parfois inquiétant par sa prolongation et son intensité, nous voulons dire l'*anorexie*. Sauf dans deux cas de Woringer, toutes les observations signalent le manque d'appétit des enfants et leur refus des aliments sans que l'examen du tractus digestif révèle la moindre lésion. Aussi croyons-nous qu'il s'agit d'une anorexie nerveuse.

Ce symptôme nous explique l'émaciation rapide des sujets qui font véritablement de l'*autophagie* avec *acétonémie* et arrivent à un état d'inanition parfois alarmant.

Par contre, la *soif* est si intense que le médecin peut penser d'abord au diabète.

Ce besoin de boire s'explique facilement par la déshydratation qu'entraîne l'hypersudation. La perte d'eau de l'organisme est encore souvent accrue par de l'*hydrorrhée salivaire, nasale, lacrymale*.

Il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux, ou, du moins, ils sont inconstants et variables. Quelques auteurs ont observé de la diarrhée, surtout au début et à la fin de la maladie. La constipation est très fréquente, elle s'explique par l'alimentation très restreinte des petits malades.

Les *troubles de l'appareil respiratoire* relevés dans plusieurs observations nous apparaissent comme des complications surajoutées, sauf peut-être la rhino-pharyngite, dont nous avons déjà parlé.

Il n'y a pas de modification du *squelette*. Le rachitisme est trop fréquent chez le jeune enfant et trop rare dans les observations d'acrodynie pour qu'on puisse lui attribuer une valeur autre que celle d'une pure coïncidence.

Du côté de l'*appareil circulatoire* on note de la tachycardie constante. L'hypertension est fréquente. Nous avons insisté sur la cyanose. Nous verrons plus loin qu'elle peut aboutir à la gangrène. Le sang ne présente que des modifications cytologiques banales de l'infection et de la dénutrition. Les réactions sérologiques y sont négatives.

Il en est de même dans le *liquide céphalo-rachidien*. Les différents examens pratiques jusqu'à ce jour n'y ont rien décelé d'anormal.

Mais peut-être n'en serait-il pas de même si les malades étaient conduits assez tôt au médecin et présentaient des signes nerveux assez précoces pour qu'on fasse la ponction lombaire au début de la maladie.

Les *urines* sont rares, foncées, épaisses. L'urée et les sels y sont hyperconcentrés, il y a souvent, même en dehors de toute complication, de l'acétone et de l'albumine.

Les jeunes enfants qui avaient pris l'habitude d'être propres ont de l'incontinence, comme il arrive souvent dans les affections graves.

L'absence de fièvre, dans les cas purs, est de règle.

Certains expliquent cette opyrénie par l'état de déchéance profonde de l'organisme et pensent qu'il s'agit d'un cas banal d'anergie.

« Mais cette athermie, qui est la règle dans la période » d'état, existe-t-elle toujours au début ? Il ne semble pas, » si on relit avec soin les observations dans lesquelles la » maladie a été étudiée dès son début; on y voit que les » symptômes nerveux et psychiques ont souvent fait suite à » un état fébrile mal déterminé, étiqueté embarras gastrique, et qui constitue peut-être la période initiale de la » maladie » (Rocaz).

« *L'état général* de ces malheureux enfants qui souffrent, » qui ne marchent pas, qui ne mangent pas, qui ne dorment pas, s'altère rapidement. L'amaigrissement est la » règle, il est même très rapide et frappe l'entourage du » malade; joint à la tristesse du visage, il donne souvent » au malade un aspect lamentable. La courbe de poids » suit l'évolution de la maladie; elle remonte d'ailleurs très » rapidement au moment de la convalescence » (Rocaz).

L'évolution est lente, elle se fait en moyenne en cinq à

six mois. Elle peut n'être que de deux mois ou se prolonger au delà d'une année.

Elle se fait par poussées successives avec alternatives d'amélioration et de rechutes pour aboutir habituellement à la *guérison complète* avec *restitution ad integrum* plus ou moins tardive mais constante, quelle qu'ait été la thérapeutique mise en œuvre.

Certains des symptômes que nous venons d'étudier peuvent revêtir une gravité exceptionnelle qui les transforme en véritables complications.

On conçoit d'ailleurs que cette gravité soit pour l'organisme une cause de déchéance telle, qu'il devient la proie facile d'infections secondaires. La gravité de ces infections s'accroît de la déficience du terrain sur lequel elles évoluent.

D'où coexistence fréquente et intrication de signes classiques de gravité exceptionnelle et de complications surajoutées pour donner une acrodynie compliquée, d'allure grave, de pronostic souvent fatal.

Cette évolution vers la mort est d'ailleurs rare en France.

Cependant nous relevons dans l'observation I une intensité des troubles vaso-moteurs et trophiques allant jusqu'à la chute des dents, des lésions inguéales et un début de sphacèle au niveau des doigts.

La gangrène peut s'étendre en surface, creuser en profondeur jusqu'à l'os. C'est ainsi que, dans le cas « d'acrodermatis chronica mutilans » de M. Weber, il y a eu chute de plusieurs doigts, destruction de la cloison nasale et d'une partie des cornets.

Il peut y avoir chute spontanée des cheveux, comme dans l'observation V, des dents saines avec ou sans gingivite, cette dernière pouvant aller jusqu'au noma et à la carie du maxillaire.

La peau s'infecte facilement et se couvre de pustules, d'abcès parfois multiples, pouvant provoquer une septicémie mortelle.

L'infection des voies urinaires est fréquente. On note surtout la cystite (observations I, III, VII) ; la pyélonéphrite n'est pas extrêmement rare. L'une et l'autre suivent l'évolution de l'acrodynie et guérissent avec elle. Dans quelques cas mortels on a observé de l'hématurie.

Au niveau de l'appareil respiratoire, en dehors du coryza et de l'angine du début, on a assez souvent noté un état grippal de la bronchite, des broncho-pneumonies mortelles.

La défaillance cardiaque par infection ou intoxication peut également entraîner la terminaison fatale.

En résumé, l'acrodynie infantile nous présente, à la période d'état, dans sa forme complète, un ensemble de symptômes impressionnants : tristesse, irritabilité, agitation alternant avec de la dépression, insomnie, anorexie, sensations de douleur, de brûlure, principalement au niveau des mains, des pieds et de l'abdomen, gonflement et rougeur des extrémités, hypersécrétion sudorale accompagnée d'éruptions diverses et suivie de desquamation, troubles de la marche avec atrophie musculaire, apyrexie, évolution lente, capricieuse, paroxystique avec début très insidieux, guérison de règle, sauf dans les cas graves aboutissant à des mutilations plus ou moins disgracieuses ou gênantes, ou même à la mort.

Le tableau clinique de cette affection est tellement différent de tous ceux que l'on connaissait jusqu'alors qu'il *impose le diagnostic* à qui connaît les symptômes de l'acrodynie.

Mais certains signes sont parfois si importants qu'ils ont pu faire étiqueter l'affection scarlatine, hérédo-syphilis, diabète, gastro-entérite, méningite, encéphalite épidémique, poliomyélite, etc.

II. — FORMES NERVEUSES

« Dans toutes les observations d'acrodynie publiées jusqu'ici, on trouve l'association des troubles nerveux (troubles psychiques, moteurs, sensitifs) et des manifestations cutanées (hypersécrétion sudorale, érythème, desquamation) et, dans tous les cas, ce sont ces dernières qui ont fait reconnaître la maladie. Ces manifestations cutanées paraissent donc avoir dans l'histoire clinique de la maladie la première place. Sans eux, semble-t-il, pas de diagnostic d'acrodynie possible.

» Est-ce exact ? Je ne le crois pas.

» L'érythème et la desquamation, qui sont la conséquence de l'hypersécrétion sudorale, et qui ne sauraient exister sans elle, peuvent, comme elle, être très tardifs, très éphémères et n'avoir, par conséquent, qu'une importance relativement minime à côté des troubles nerveux.»
(Rocaz.)

Ce sont ces cas que nous avons groupés en une forme clinique spéciale, la forme nerveuse. Selon l'atténuation plus ou moins grande de ces symptômes ou la modalité spéciale des troubles présentés par les malades, on peut, nous semble-t-il, la subdiviser en forme avec symptômes cutanés légers ou tardifs, forme pure sans symptômes cutanés, forme psychique, et forme myélitique.

a) **Forme nerveuse avec symptômes cutanés légers**

ou tardifs

OBSERVATION VIII (1). — « Suzanne L..., âgée de trois ans. Habite dans un village du nord-est du Lot-et-Garonne, très bien situé, mais dans lequel ont éclaté plusieurs cas d'encéphalite épidémique. L'oncle de la malade, habitant une maison voisine, en a été atteint récemment.

Les débuts de la maladie datent du milieu du mois de mai 1927. A ce moment, les parents de l'enfant remarquent un changement dans son caractère. De gaie et aimable, cette enfant devient grognon, hargneuse, taciturne. En même temps son appétit, jusque là très bon, disparaît complètement; les nuits deviennent mauvaises et le sommeil de plus en plus court. L'enfant maigrit à vue d'œil. Dans la journée, cette enfant, très vive auparavant, reste immobile, assise sur sa chaise. Puis, peu à peu, la mère constate chez elle des habitudes bizarres : elle va s'asseoir dans une pièce carrelée, s'y déchausse pour mettre ses pieds sur le carreau froid et reste ainsi immobile dans cette position pendant de longues heures. En outre, la petite malade se plaint constamment à sa mère de démangeaisons et de douleurs dans les mains et dans les pieds et demande qu'on les lui gratte constamment.

Appelé auprès d'elle quelques semaines plus tard, je la trouvai dans son lit, recroquevillée sur elle-même. C'était une enfant très amaigrie, portant le masque de la souffrance.

(1) Rocaz. — Loc. cit., Observation II.

L'examen de la malade fut très difficile, car dès qu'on l'approchait elle poussait des cris perçants; cependant je pus constater que la mobilisation des doigts des mains et des pieds produisaient chez elle une douleur très vive. La langue était sèche, l'haleine présentait une odeur d'acétone très marquée. J'appris d'ailleurs que cette enfant, depuis plusieurs jours, ne prenait presque aucune nourriture et qu'elle était très constipée. Les urines étaient rares et troubles; l'enfant était même restée plus de vingt-quatre heures sans uriner. Elle paraissait en outre uriner difficilement, et ce fait avait frappé les parents. Pas d'hypersécrétion sudorale nette. Pas de fièvre.

Mise sur ses pieds, l'enfant se tenait debout, mais la marche était difficile; elle ne faisait que quelques pas hésitants et demandait immédiatement à être prise dans les bras.

Mais les phénomènes sur lesquels les parents insistaient le plus, c'étaient les troubles psychiques. Cette fillette, fort calme et douce auparavant, était devenue agitée et méchante, on aurait même dit que par moments elle ne reconnaissait plus ses parents; elle criait quand sa mère s'approchait d'elle, la regardait d'un air hostile et ces troubles avaient tellement frappé la mère que celle-ci me dit textuellement « Ce n'est plus notre fille ».

A cette époque l'insomnie était à peu près complète, l'enfant ne dormait qu'une heure ou deux par nuit, d'un sommeil agité et entrecoupé. L'état général paraissait grave.

L'examen le plus minutieux ne me permit de constater aucune éruption cutanée, ni au niveau des extrémités, ni sur le tronc.

Je conseillai, pour calmer l'agitation et les douleurs, du gardénal, et portai, malgré l'absence de troubles cutanés, le diagnostic d'acrodynie infantile.

J'eus l'occasion de recevoir des nouvelles de cette enfant par son médecin traitant. Peu à peu les troubles nerveux s'amendèrent, le sommeil revint; puis vers le milieu de juillet, c'est-à-dire *trois mois après le début de la maladie*, survint un érythème au niveau des mains ressemblant à de la miliaire sudorale accompagnée d'une fine desquamation. Cet érythème avait été précédé, au dire des parents d'une transpiration

abondante sur tout le corps. On trouvait en outre deux placards d'érythème semblable au niveau des genoux et un autre à la partie supérieure du thorax en arrière.

Cet érythème, très discret d'ailleurs, que je constatai moi-même à la fin du mois de juillet, fut assez éphémère : il ne dura qu'un mois environ et, au milieu du mois d'août, il avait complètement disparu.

A ce moment l'état de l'enfant s'était considérablement amélioré : retour du sommeil et de l'appétit, meilleur état général, augmentation de poids de 900 grammes en quinze jours.

Peu à peu d'ailleurs tout rentra dans l'ordre; deux mois plus tard l'enfant avait recouvré son psychisme et sa santé antérieure. »

« Voilà un cas dans lequel les manifestations cutanées » ont été tardives, si légères, si fugaces qu'elles n'occupent, » dans l'histoire de la maladie, qu'une place tout à fait » secondaire, par rapport aux phénomènes nerveux. Je » crois même pouvoir dire qu'elles n'ont été constatées que » parce qu'elles étaient attendues, que parce que j'avais » attiré l'attention de l'entourage sur ce point.

» Il y a donc des cas où les symptômes cutanés peuvent » et doivent passer inaperçus. Il y a même, à mon avis, » des cas d'acrodynie, dans lesquels ils peuvent être ab- » sents » (Rocaz). Cela nous amène à la forme suivante.

b) **Forme nerveuse pure (sans symptômes cutanés)**

OBSERVATION IX (1). — « Marie-Thérèse B..., âgée de deux ans et demi, habitant le sud du département des Landes. Rien d'important à signaler dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels. Cette enfant a joui d'une excellente santé, pleine de vie, gaie, exubérante et très intelligente jusqu'aux premiers jours d'avril 1926.

A cette époque les parents, qui observaient de très près cette enfant, fille unique, très surveillée, très choyée, s'aperçurent d'un changement dans son état. Le sommeil devint agité, l'appétit diminua et l'enfant changea de caractère, pleurant fréquemment sans motif appréciable; puis elle cessa de s'amuser, ses jouets la laissant complètement indifférente. Quelques temps après, nous dit le père, les signes se précisent : l'enfant dort très mal, se réveille fréquemment en pleine nuit, en pleurant. Le jour elle se plaint constamment d'être fatiguée; elle refuse de marcher, disant qu'elle a « des cailloux dans les pieds » et réclame d'être mise dans sa voiture.

Cet état s'accroît pendant un mois, le sommeil devient presque nul, l'enfant cesse complètement de rire et même de sourire. Elle prend un masque d'abord sérieux, puis dur, presque hostile. Dans sa voiture où elle passe presque toutes ses journées, tantôt elle est dans un état de prostration absolue, tantôt elle s'agite d'une façon désordonnée en poussant des cris perçants. Les parents disent qu'il est impossible de ne

(1) Rocaz. — Loc. cit., Observation III.

pas voir dans ces cris le signe d'une souffrance aiguë. Tantôt elle crie qu'elle « veut se rouler par terre », tantôt qu'elle « veut mordre sa mère », tantôt enfin qu'elle « veut se cogner la tête ». De fait elle heurte de sa tête les parois de sa voiture et de son lit. La marche devient peu à peu difficile et paraît douloureuse. On note en même temps une constipation opiniâtre; de plus, l'enfant urine très rarement, elle resta une fois vingt-quatre heures et une autre fois trente-six heures sans uriner.

Posée sur ses pieds, l'enfant trépigne sur place, en poussant des cris aigus.

Le 6 mai, en face de ces phénomènes, les docteurs S... et M... qui soignent cette enfant, pensent à l'utilité d'une ponction lombaire; mais le jour où cette ponction devait être faite, survint une légère amélioration qui la fit remettre à plus tard. Cette amélioration ne dura que très peu. Tous les symptômes précités reparurent et s'amplifièrent : disparition complète du sommeil, anorexie absolue; l'enfant dépérit, s'affaiblit de plus en plus, elle parle d'une façon incohérente. De plus les parents constatent que l'enfant serre et frotte constamment les mains l'une contre l'autre en criant, qu'elle porte les doigts à sa bouche pour les mordre, geste qu'elle ne faisait jamais avant d'être malade et qui, d'après la famille, semble indiquer le début d'une crise douloureuse.

L'enfant manifeste une douleur très vive des mains, des avant-bras, des pieds et de la partie inférieure des jambes quand on touche ces régions.

Les parents remarquent également que, quand l'enfant est assise, sa tête vacille sur les épaules et retombe en avant comme si elle n'avait pas la force de la soutenir.

C'est dans cet état que cette enfant me fut adressée par le docteur S...

Sur mes conseils, elle fut placée dans une maison de santé, pour observation. Pendant les quelques semaines où elle y séjourna, je pus constater la persistance des symptômes décrits avec tant d'exactitude et de précision par les parents et par le docteur S...

Je pratiquai une ponction lombaire; le liquide retiré sous pression normale, ne révéla aucune anomalie, au point de vue cytologique ni chimique. Je prescrivis à l'enfant du gardénal qui calma un peu les crises délirantes. Mais l'enfant resta longtemps dans un état d'hypotonie musculaire et d'asthénie très marqué. L'insomnie, l'anorexie persistèrent également.

Pendant les quelques semaines où je pus observer cette enfant, il me fut impossible de déceler la moindre éruption cutanée au niveau des mains, des pieds ou d'une autre partie du corps. Interrogés sur ce point, les parents m'affirmèrent n'avoir d'ailleurs jamais rien remarqué de semblable chez leur fille. Mais je pus, comme la famille, me rendre compte d'une façon manifeste des troubles sensitifs éprouvés par la malade au niveau des extrémités.

L'état général de cette enfant était lamentable au commencement du mois de mai, elle avait maigri de 1 kg. 500 en quelques jours, mais ce qui frappait surtout, c'était son facies profondément altéré, mélange de tristesse profonde, de souffrance et d'hostilité.

Peu à peu cependant tous ces phénomènes se calmèrent. Le 15 juillet la malade quitta la maison de santé pour revenir chez elle. L'amélioration fut lente mais le 11 novembre le père m'écrivait que depuis son retour l'enfant s'était complètement métamorphosée. « A l'heure actuelle, disait-il, on peut dire qu'elle a retrouvé sa vivacité, sa locacité, sa belle humeur de jadis »; « je crois, ajoutait-il, que nous pouvons la considérer comme guérie; elle s'amuse avec des enfants de son âge, elle est redevenue vigoureuse, fait sans fatigue des promenades sur route, de quatre à cinq kilomètres, sans demander à être placée dans sa voiture, enfin elle dort régulièrement, a retrouvé l'appétit et a engraisé de 3 k. 500. »

Le 14 janvier suivant, le docteur Subervielle m'écrivait que l'enfant continuait à être aussi bien que possible et qu'elle ne se ressentait en rien, ni au point de vue physique ni au point de vue psychique, de sa maladie. A aucun moment, ajoutait-il, il n'avait constaté d'érythème au niveau des mains ou des pieds.

Chose intéressante, le docteur Subervielle m'envoyait en même temps l'observation d'un autre cas d'acrodynie observé dans sa clientèle et, par conséquent, au voisinage de la petite malade. » (Voir Obs. XI.)

« Cette observation me paraît particulièrement intéressante. Altérations si importantes et si caractéristiques du psychisme, de l'affectivité, de l'intelligence, troubles de la motilité, asthénie, insomnie, anorexie, amaigrissement, sensations clairement manifestées de prurit et de douleurs au niveau des mains et des pieds, régression progressive de ce syndrome, terminé par la guérison complète : c'est là le tableau de l'acrodynie infantile classique, auquel ne manquent que les manifestations cutanées, et j'ajoute que c'est un tableau qu'on ne saurait rattacher à aucune autre maladie de l'enfance. L'absence de ces manifestations cutanées doit-elle nous faire rejeter le diagnostic d'acrodynie ? Je ne le crois pas. La constatation, dans le voisinage de notre malade, d'un cas d'acrodynie avec érythème peut d'ailleurs être regardée comme un argument en faveur de cette opinion. » (Rocaz.)

c) **Forme nerveuse psychique**

Franchissons une étape de plus dans l'atténuation des symptômes et nous aurons une forme où lésions cutanées et troubles de la sensibilité sont également frustes ou même cliniquement inexistantes, en somme une forme où les troubles trophiques et le signe « acrodynie » ne sont plus décelables.

OBSERVATION X. — « Jacques D..., deux ans et demi. Est amené à la consultation de l'Hôpital des Enfants, parce qu'il « souffre du ventre ».

Enfant né à terme, après un accouchement normal, pesant 5 kgs. Nourri au biberon, il n'a pas présenté de troubles gastro-intestinaux, a eu sa première dent à sept mois et demi, a marché à quatorze mois, n'a jamais été malade, a toujours vécu à la campagne.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; il a une sœur de dix-sept mois bien portante. On ne connaît pas dans son entourage de cas d'encéphalomyélite.

Il y a quelques semaines les parents se sont aperçus que l'enfant avait perdu l'appétit, le sommeil, l'usage de ses jambes. « Il fallait, dit la mère, le porter nuit et jour; il se tenait recroquevillé, ne pouvait rester debout. En même temps il devenait grognon, nerveux, criait et pleurait sans motif, s'agitait la nuit, somnolait le jour. » Interrogé sur ses souffrances,

il ne se plaignait que du ventre. Il ne présentait d'ailleurs aucun trouble digestif, n'accusait pas de céphalée et les parents n'avaient jamais remarqué de coryza.

Le médecin de la famille prescrivit, avec un régime alimentaire sévère, des compresses chaudes sur le ventre. Mais l'enfant continua à toujours souffrir du ventre et son état s'aggrava.

Il présenta une anorexie presque absolue et de l'insomnie, ne dormant qu'une ou deux heures la nuit. En revanche, il était somnolent dans la journée; son caractère changea de plus en plus, il devint très irritable, ne se trouvant bien que tenu dans les bras, affaissé, en résolution musculaire complète. Il ne se plaignit jamais des mains ni des pieds et les parents n'ont remarqué aucune manifestation de douleur à ce niveau. Pas de fièvre.

Quand cet enfant me fut présenté, je le trouvai gémissant et se plaignant encore du ventre, mais, à l'examen ce ventre est souple, indolore à la palpation; il présente ainsi que la partie antérieure du thorax une plaque de miliaire sudorale dont les limites correspondent à la zone d'application des compresses chaudes. Au niveau des membres inférieurs on note une hypotonie musculaire marquée. Abolition totale des réflexes patellaires. La démarche est pénible, incertaine; l'enfant peut faire quelques pas mais s'arrête très vite, s'accroupit et reste alors immobile.

Les différents appareils paraissent normaux: on note cependant un peu de tachycardie. Les mains et les pieds sont de coloration normale. Pas de myoclonies.

Je prescrivis du gardénal et une quinzaine de jours plus tard je revois cet enfant. Son état s'est amélioré. Il est plus calme, dort mieux. Quand on ne le contrarie pas, il reste silencieux, inerte; mais dès qu'on veut l'examiner il crie encore, s'agite et pleure.

Peu à peu l'état s'améliore et, deux mois après le début de la maladie, le caractère est redevenu normal, l'enfant marche correctement et sans fatigue.

Pendant toute la durée de l'affection, le malade n'a jamais

accusé la moindre sensation anormale au niveau des extrémités. »

OBSERVATION XI (1). — « Pierre E..., âgé de deux ans, habitant dans le sud-est du département des Basses-Pyrénées, est conduit à la consultation du docteur Bélot (de Salies-de-Béarn). Sa famille constate que, sans motif apparent, il change de caractère, devient hargneux, méchant et perd son appétit. Ces troubles s'accroissent peu à peu; il a des colères continuelles et inexplicables, de plus il a perdu complètement le sommeil, et crie toute la nuit. Toutes les médications calmantes données à ce moment restent sans résultat. C'est alors qu'il est conduit à la consultation du docteur Bélot. Celui-ci pratique l'examen du malade qui ne révèle qu'un amaigrissement très marqué, et l'abolition des réflexes rotuliens; mis à terre, l'enfant refuse de marcher.

Cet état dura une quinzaine de jours, à peu près stationnaire, puis s'améliora; l'enfant commença à se calmer, à moins crier et dormit un peu mieux. L'appétit revint un peu, quoique l'enfant présentât alors quelques troubles gastro-intestinaux caractérisés par une diarrhée légère.

J'eus l'occasion de voir cet enfant quelques jours plus tard, la mère me dit qu'elle avait constaté une amélioration considérable, mais je trouvai cependant un enfant au faciès fatigué, anxieux, voulant rester blotti dans les bras de sa mère, qui, quand on le posait à terre demandait aussi à être repris sur les bras. Je ne trouvai aucun érythème, et la mère n'a enregistré aucune plainte de l'enfant concernant une sensation douloureuse du côté des mains et des pieds; ni le docteur Belot ni moi n'avons pu d'ailleurs en découvrir les signes révélateurs.

L'état de cet enfant s'améliora d'ailleurs peu à peu et il guérit complètement. »

(1) Rocaz. — Loc. cit., Observation V.

« Que conclure de ces deux observations ? Ne rappellent-elles pas, en tous points, le tableau de l'acrodynie infantile, abstraction faite des manifestations cutanées et des manifestations douloureuses *apparentes* ? — car, chez des enfants si jeunes, nous ne pouvons en nier l'existence —. Ces altérations si particulières du psychisme, cette attitude spéciale de l'enfant, cette insomnie et cette anorexie si marquée, l'amaigrissement rapide, les troubles réflexes, l'évolution, la durée et la terminaison de l'affection, tout plaide en faveur de ce diagnostic et, pour ma part, je n'hésite pas à m'y rallier. Je ne sais d'ailleurs à quelle autre maladie infantile il serait possible de rattacher ce syndrome. Tout au plus, pourrait-il, par certains points, évoquer l'idée d'une névraxite. » (Rocaz.)

Pourquoi du reste l'élément douleur ne disparaîtrait-il pas cliniquement comme nous avons vu que disparaissent les lésions cutanées dans la forme précédente ?

La douleur existe d'ailleurs très intense, au niveau du ventre, avec ses exacerbations caractéristiques, dans l'observation X.

Est-elle réellement absente, dans ces deux observations, au niveau des extrémités ? Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'en ne peut pas mettre en évidence de « troubles de la sensibilité des mains et des pieds, soit que ces troubles soient très légers — peut-être même absents, ce qui doit être rare, — soit qu'ils soient si atténués que les enfants ne les extériorisent pas : différence d'ailleurs bien difficile à faire chez des sujets très jeunes et dont l'intelligence est profondément troublée par la maladie. » (Rocaz.)

Notons d'ailleurs que, dans cette forme, il n'y a pas seulement réduction des symptômes, il y a encore réduction de la durée de l'affection.

C'est une forme essentiellement fruste et légère.

Dans ces conditions, il ne nous paraît pas moins logique de diagnostiquer une acrodynie sans troubles trophiques ni acrodynie, qu'il n'est illogique de diagnostiquer, par exemple, une scarlatine sans éruption.

Peut-on pousser plus avant la réduction des symptômes de l'acrodynie ?

Il serait à l'heure actuelle assez imprudent de l'affirmer.

« Certes, il ne faudrait pas aller trop loin dans cette »
» voie et porter le diagnostic d'acrodynie chez des sujets »
» présentant des manifestations inexplicables du caractère »
» et de l'état général. Mais il semble qu'actuellement, chez »
» de tels enfants, nous devons aussi bien penser à une acro- »
» dynie plus ou moins fruste qu'aux affections banales aux- »
» quelles nous avons l'habitude de penser en pareille cir- »
» constance et nous devons, par conséquent, diriger l'inter- »
» rogatoire de la famille et l'examen du malade dans ce »
» sens. En se basant sur ces considérations on pourra peut- »
» être reconnaître que l'acrodynie infantile est une mala- »
» die plus fréquente qu'on ne le croit. » (Rocaz.)

d) **Forme nerveuse à prédominance de troubles moteurs
ou forme myélitique**

A côté de ces formes plus ou moins atténuées d'acrodynie, nous pensons, bien que l'observation suivante soit unique dans la littérature, qu'il y a lieu de décrire une forme myélitique établissant en quelque sorte un lien de parenté entre l'acrodynie et la névraxite épidémique.

OBSERVATION XII (1). — « L. R..., âgé de cinq ans, demeurant dans la banlieue de Bordeaux.

Porté à ma consultation de l'Hôpital des Enfants le 16 novembre 1926 parce que depuis quelques jours il souffre des membres, particulièrement des mains, et ne marche presque plus.

Antécédents familiaux. — Père âgé de quarante-quatre ans, bien portant. Mère âgée de trente ans, bien portante aussi; pas de fausses couches; les deux autres enfants sont plus jeunes, en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme. Dès la naissance, allaitement mixte. Reçoit le sein d'une nourrice mercenaire dont l'enfant était en bonne santé. Sevrage terminé à neuf mois. Depuis cette époque a été nourri de lait bouilli, de phosphatine, de tapioca, puis d'œufs, de pâtes, de purées; n'a que très rarement pris de la viande et parfois seulement des bananes crues, des poissons et des confitures. Ne prend pas de seigle. N'a jamais été en classe, et n'a fréquenté d'autres enfants que ses frères.

(1) Rocaz. — Loc. cit., Observation VI.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté il y a quelques jours par des douleurs au niveau des mains alors que l'enfant jouait dans un jardin. Frictionné à l'eau de Cologne, les douleurs se calmèrent, puis revinrent très rapidement; après on nota une certaine maladresse pour saisir les objets : l'enfant n'arrivait pas à fléchir complètement les doigts sur la paume et disait que cela lui faisait mal. En même temps, il se plaignait de douleurs au niveau des membres inférieurs, voulait qu'on le mît au lit, ne pouvant rester debout.

Examiné alors, on constata qu'il ne présentait pas de fièvre, mais un état saburral des voies digestives, une sudation abondante sans odeur spéciale cependant, on fit appliquer une pommade salicylée.

En quelques jours, l'impotence avait très notablement augmenté, le malade était incapable de s'asseoir dans son lit, de se tenir debout, de tenir un objet entre ses doigts, de porter sa main à sa bouche ou à son nez. Les réflexes paraissaient abolis. L'hypothèse d'une maladie de Heine-Médin est envisagée et l'enfant est envoyé à l'hôpital pour examen complémentaire.

Les parents avaient noté que le malade ne dormait plus, qu'il criait ou geignait toutes les nuits, et qu'il restait immobile dans son lit, ne pouvant s'y retourner seul. Dans le jour seulement il prenait quelques instants de repos. Il se plaignait constamment de la soif.

Examen. — Enfant plutôt grand pour son âge. Se tient habituellement dans le décubitus dorsal, à peu près immobile, poussant de temps en temps des plaintes ou de longs soupirs. Figure fatiguée, yeux cernés; les pommettes sont rouges et l'on voit sur ce fond rouge quelques points lenticulaires plus rouges encore. La langue est très sale. On ne trouve pas de troubles de la dentition, ni d'adénopathie cervicale. Le pharynx est un peu rouge.

Au niveau des membres supérieurs on constate une éruption constituée par un ponctué rougeâtre, non rugueux, pâlisant sous la pression, reposant sur un fond plus rosé que la peau normale, à contours tout à fait imprécis et donnant l'impression d'une éruption scarlatiniforme atypique. Cette érup-

tion est surtout nette au niveau des avant-bras, on trouve quelques rares éléments sur les bras et la poitrine. Mais sur les bras, le cou, on note une éruption de miliaire sudorale.

Les mains sont gonflées : elles sont le siège d'une sudation intense sans desquamation. On note une rougeur diffuse plus marquée au niveau des éminences, de la partie saillante de la pulpe des doigts, avec un ponctué plus foncé comparable à celui des avant-bras. Les ongles sont légèrement cyanosés.

Ces mains sont habituellement tenues en demi-flexion, toute tentative de flexion plus accusée et surtout d'extension des doigts amène des cris de douleur et une grimace de souffrance très accusée. Les masses musculaires des bras et des avant-bras paraissent atrophiées, mais surtout elles sont hypotoniques. La pression des masses musculaires et des troncs nerveux ne paraît pas douloureuse.

L'hypotonie est aussi très manifeste au niveau des membres inférieurs. Les pieds tombent en équin et le malade n'arrive pas à les redresser spontanément. Il souffre lorsque l'on veut le faire passivement. On ne note pas d'éléments éruptifs ni de sudamina.

L'enfant paraît souffrir et se défend lorsque l'on veut l'asseoir, mais rapidement il cède et même s'affaisse une fois assis. De même, si on le met debout, ses jambes tout à coup cessent de le supporter et il ne peut rester dans cette position.

Si on le soulève en le prenant sur les bras, il présente une légère lordose et ses membres inférieurs pendent flasques.

Si l'on veut lui faire saisir un objet, la main se tend à demi-ouverte, mais il existe une impotence manifeste de tous les muscles et particulièrement de ceux de l'épaule : malgré tous ses efforts l'enfant ne peut soulever son bras et détacher le coude.

De même si l'on veut faire donner un coup de pied, avec le membre inférieur droit, il ne peut faire qu'une ébauche de mouvement et avec le membre gauche, s'il soulève le genou il n'arrive pas à détacher le talon du plan du lit.

Au niveau de la face, on ne note pas de troubles de la musculature non plus que du côté des yeux.

Pas de troubles des sphincters.

Réflexes tendineux et musculaire abolis.

Pouls à 110. Rien au cœur.

Rien aux poumons; 30 mouvements respiratoires à la minute.

Organes génitaux normaux.

Dans les urines : ni sucre, ni albumine.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal (Professeur Dupérié).

Examen électrique des muscles (docteur Roques). 24 novembre 1926.

EXCITABILITE

(I: inversé. - N: normal - TD: très diminué - All.: allongé - B: brève

ORGANES EXAMINÉS	FARADIQUE		GALVANIQUE			
			Formule polaire		Durée de la secousse	
	D	G	D	G	D	G
Deltoïde	Dim.	D	I	I	B	B
Triceps	»	»	»	»	»	»
Biceps	»	N	»	»	»	»
Avant-bras, face postér. . .	N	»	N	N	»	»
Avant-bras, face antér. . .	un p. dim.	un p. dim.	I	I	»	»
Main	»	»	»	»	»	»
Sus-épineux	N	N	»	»	»	»
Sous-épineux	»	»	»	»	»	»
Para vertébraux	D	T.D	»	N	All.	»
Masse commune	T.D	»	»	»	B	»
Dt. Antérieur	Dim.	»	N	I	B	B
Vast. interne	Dim.	»	I	I	»	»
Vast. externe	»	»	N	I	»	All.
Tens. Fascia	»	»	I	»	»	B
Groupe interne	»	»	»	»	»	»
Groupe externe	T.D	T.D	N	N	»	»
Jambier antérieur	D	»	»	»	»	»
Extenseur commun	T.D	T.D	N	N	B	B
Extenseur propre	D	»	»	»	»	»
Peronnièrs	T.D	»	»	»	»	»
Triceps	»	»	»	N	»	»
Fléchisseurs	»	»	»	»	»	»

En résumé, diminution de l'excitabilité faradique pour les muscles des ceintures, des muscles vertébraux, des bras, des cuisses, de la face antérieure des jambes.

Au galvanique, pour les mêmes régions, inversion de la formule, la *secousse restant brève*.

En somme tendance à la réaction de dégénérescence. Traitement institué : huile de foie de morue, adrénaline.

Examen le 4 décembre. — L'affection évolue toujours sans fièvre. Les douleurs au niveau des membres ont considérablement diminué. Il n'y a guère que l'extension ou la flexion forcées des doigts qui la réveillent. L'enfant se laisse facilement remuer; ne crie plus et ne se défend plus lorsque l'on s'approche de lui.

Il ne peut s'asseoir dans son lit, mais lorsqu'on le met dans cette position il s'y tient soutenu seulement par les oreillers.

Il se sert de ses membres supérieurs : peut porter la main correctement, encore que lentement, à son nez, et la faisant ramper contre la joue, jusqu'à l'oreille du côté opposé. L'impotence resté à peu près complète au niveau des membres inférieurs. Les pieds ont une tendance à tomber en équin et lorsqu'on les porte à angle droit, le malade crie. On installe un coussin et un cerceau pour éviter le maintien de cette attitude vicieuse.

La sudation a diminué d'intensité. Mais l'éruption persiste : la peau a pris une teinte plus foncée, et commence à desquamer. Au niveau du tronc, de l'abdomen, de la face supérieure des cuisses, c'est une fine desquamation, mais au niveau des mains, des genoux, des coudes et des pieds, elle se fait par plus grands lambeaux et rappelle un peu la desquamation scarlatineuse.

La langue est saburrale, sans trace de desquamation. Rien au niveau des dents.

Le pouls est moins rapide (autour de 90).

Le caractère de l'enfant est plus doux, plus calme : il parle, joue même un peu avec ses compagnons de l'hôpital qui viennent le trouver.

Le 15 décembre, nouvel examen électrique (D^r Roques). — Pas de modification sur le précédent examen.

La motilité est cependant devenue beaucoup plus grande : le malade peut s'asseoir seul dans son lit en s'appuyant sur ses bras et ses avant-bras. Il mange seul.

Au niveau des membres inférieurs : il peut donner un coup de pied, mais non se tenir debout : ses jambes fléchissent aussitôt.

La flexion du pied sur la jambe pour redresser la position en equin est seule douloureuse. Il ne semble pas exister de rétraction du tendon d'Achille.

L'hypotonie des muscles paraît moins grande, sauf au niveau des jambes.

L'érythème a diminué, mais la desquamation continue.

Rien à la bouche, aux dents, au cœur, ni du côté du système lymphatique. Les réflexes sont toujours abolis.

Nouvel examen électrique le 17 janvier 1927.

EXCITABILITE

ORGANES EXAMINÉS	FARADIQUE		GALVANIQUE			
			Formule polaire		Durée de la secousse	
	D	G	D	G	D	G
Droit antérieur	Dim.	T.D	inversée	normale	brève	
Vaste interne.....	»	»	normale	inversée	brève	
Vaste externe	T.D	»	inv.	norm	brève	
Triceps.....	T.D	»	ambigüe		brève	
Jambier antérieur	T.D	»	inv.	norm	brève	
Extenseur commun	»	»	inv.	inv.	brève	
Extenseur propre.....	»	»	norm	inv.	brève	
Peronniens.....	»	»	inv.	inv.	brève	
Fléchisseurs	»	»	inv.	norm	brève	
Face post. cuisse	T.D	T.D	inv.	inv.	brève	
Deltoïde	Dim.	T.D	inv.	inv.	brève	
Triceps.....	»	Dim.	»	»	brève	
Face post. avant-bras	»	T.D	»	»	brève	
Face ant. avant-bras	»	Dim.	norm	»	brève	
Main	»	un p. dim.	»	norm	brève	
Sus-épineux.....	»	»	»	inv.	brève	
Sous-épineux.....	»	Dim.	inv.	norm	brève	
Para-vertébraux	»	»	norm	inv.	brève	
Masse commune	un p. dim.	»	norm	norm	brève	

Examen le 25 avril 1927. — Une grande amélioration s'est produite pendant ces quatre derniers mois. Actuellement, l'enfant marche, court, se sert de ses mains à peu près comme un enfant normal : il n'est pas très solide sur ses jambes : une poussée le fait vaciller, il ne peut pas soulever un poids de cinq kilos environ; mais la démarche est correcte, il peut s'arrêter brusquement et se retourner assez vivement en hésitant à peine.

Les masses musculaires sont grêles, mais on sent tout le corps musculaire se contracter sous la main qui le palpe.

Les réflexes sont toujours abolis.

Les phénomènes de sudation et de desquamation ont disparu. Il en est de même de l'éruption, toutefois la paume des mains est encore rouge dans l'ensemble et au niveau des sailles de la main on note encore quelques éléments lenticulaires plus rouges que le fond.

Examen électrique des muscles (D^r Roques).

EXCITABILITE

ORGANES EXAMINÉS	FARADIQUE		GALVANIQUE			
			Formule polaire		Durée de la secousse	
	D	G	D	G	D	G
Delhoïde, biceps, triceps..	Tr. Dim.		inversée		brève	
Face ant. avt-bras d. et g.	»		normale		»	
Mains	»		»		»	
Face post. avant-bras d...	»		inversée		»	
Face post. avant-bras g...	»		normale		»	
Face antérieure cuisse...	»		»		»	
Face postérieure cuisse...	normale		»		»	
Jambes	aboli		inversée		»	

L'enfant est revu le 26 octobre 1927, c'est à dire onze mois après le début de la maladie. Il paraît tout à fait bien. La motilité est absolument normale; aucune atrophie musculaire, retour au psychisme normal; peau normale. Toutefois, il persiste encore des troubles de l'excitabilité électrique (examen de M. le D^r Roques). »

EXCITABILITE

ORGANES EXAMINÉS	FARADIQUE		GALVANIQUE			
			Formule polaire		Durée de la secousse	
	D	G	D	G	D	G
Quadriceps	Dim.	D	norm	norm	brève	
Tenseur	norm	norm	»	»	brève	
Face postérieure cuisse...	»	Dim.	»	»	brève	
Jambier antérieur.....	Dim.	»	»	inv.	brève	
Extenseur commun	T.D	T.D	inv.	»	brève	
Extenseur propre	Dim.	Dim.	norm	norm	brève	
Peronniérs.....	»	»	»	»	brève	
Triceps sural.....	»	»	»	»	brève	
Fléchisseurs	»	»	»	»	brève	
Membre supérieur	norm	norm	»	»	brève	

« On trouve dans l'histoire de ce malade le syndrome de » l'acrodynie : les troubles psychiques, le facies, l'attitude, » les douleurs, l'érythème, la sudation et la desquamation » des extrémités nous ont paru si caractéristiques que mes » assistants et moi, n'avons pas mis en doute ce diagnostic. » Mais on y trouve aussi des signes de myélite, de cette » variété de myélite épidémique dont on a constaté d'assez » nombreux cas dans ces derniers temps et qui ont été jus- » tement regardées par MM. Verger et Cruchet comme des » formes basses » de l'encéphalomyélite épidémique (1). » L'absence de fièvre suffirait, d'après M. R. Debré, à faire » rejeter l'idée d'une infection du névraxe. Mais je me per- » mettrai de faire remarquer que les malades sont presque » toujours observés à une période déjà avancée de la ma- » ladie et que, dans beaucoup d'observations on trouve,

(1) Cruchet et Verger. — Les formes basses de l'encéphalo-myélite épidémique. (*Presse Médicale*, 12 juin 1926.)

» comme début de la maladie, un état fébrile mal défini,
» étiqueté embarras gastrique ou plus souvent grippe. Et
» ne savons-nous pas combien la fièvre peut être légère
» et éphémère dans certaines poliomyélites aiguës de l'en-
» fance ? » (Rocaz.)

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Au terme de cette étude se pose la question de l'étiologie et de la pathogénie de l'acrodynie.

Cette affection paraît d'une fréquence relativement grande. De nombreux cas en ont déjà été publiés. Depuis juillet 1926, soit un peu plus d'un an, onze cas ont été réunis par M. Rocaz dans le Sud-Ouest. Dans la même région, M. Boissérie-Lacroix en a diagnostiqué un autre cas. Il n'est pas douteux que les observations se multiplieront à mesure que l'affection sera plus connue.

Il faut remarquer d'ailleurs qu'elle a ses territoires de prédilection. Elle sévit en foyers plus ou moins denses, plus ou moins étendus à la façon de l'encéphalite épidémique ou de la poliomyélite, comme s'il s'agissait d'une affection faiblement contagieuse.

En outre, il est assez troublant de remarquer qu'elle apparaît souvent dans des centres de névraxite épidémique (Kuiper, Rocaz) et, fait assez curieux, uniquement, jusqu'à ce jour, à la campagne.

Les saisons paraissent jouer un rôle dans l'éclosion de ces épidémies. C'est la saison froide, pluvieuse, de décembre à mai qui marque le début dans la plupart des observations. C'est, comme on l'a dit, « la saison de carence solaire », « la saison des sécrétions internes » et celle « des

voies respiratoires ». Il se pourrait qu'il y ait là plus qu'une simple coïncidence.

L'influence de l'âge est indiscutable. Sur 96 cas (littérature) nous trouvons :

De 0 à 6 mois,	1 cas (3 mois 1/2. Wood.)
De 6 à 12 mois,	18 —
Dans la 1 ^{re} année,	38 —
— 2 ^e —	19 —
— 3 ^e —	10 —
— 4 ^e —	4 —
— 5 ^e —	3 —
— 6 ^e —	0 —
— 7 ^e —	2 —
— 8 ^e —	0 —
— 9 ^e —	0 —
— 10 ^e —	0 —
— 11 ^e —	0 —
— 12 ^e —	0 —
— 13 ^e —	1 — (Péhu et Lesbroc).

Il est évident que l'acrodynie sévit surtout de 1 à 3 ans, la fréquence moyenne étant de 6 mois à 4 ans et les deux extrêmes, jusqu'à ce jour, 3 mois 1/2 et 13 ans.

Le sexe est indifférent.

Certaines affections paraissent prédisposantes. Dans les antécédents très proches ou immédiats de nombreux malades on trouve la rougeole, la grippe, une affection des voies respiratoires supérieures et tout spécialement du coryza muco-purulent.

La tuberculose et la syphilis ne jouent aucun rôle et ne se retrouvent habituellement ni chez les petits malades, ni dans leur hérédité.

Le rachitisme a été souvent signalé. Mais il est trop fréquent chez l'enfant pour que sa constatation, d'ailleurs inconstante, puisse avoir grande signification étiologique.

La très grande majorité des acrodyniques ont toujours eu une alimentation normale, variée, non carencée. Il paraît donc bien difficile de parler d'une avitaminose analogue au scorbut ou au béribéri, comme le voudraient certains auteurs.

Plusieurs autres opinions ont été émises sur la cause déterminante de l'acrodynie. Elles restent hypothétiques.

Certains auteurs, M. Debré et M^{lle} Petot, par exemple, en font une maladie par intoxication comparable à l'arsenicisme, à la pellagre, à l'ergotisme. Pour eux, ce serait une « résurrection » de l'acrodynie qui, de 1828 à 1830, frappa à Paris 40.000 personnes adultes et vieillards des hôpitaux.

Quelques-uns l'apparentent à la maladie de Raynaud.

D'autres, enfin, de plus en plus nombreux, et parmi eux M. Rocaz, pensent qu'il y a infection à porte d'entrée probablement nasale. Il s'agirait d'un virus neurotrope, identique au virus de l'encéphalite épidémique, ou son proche parent, à localisation élective sur le système nerveux et plus spécialement sur le névraxe et l'appareil neuro-végétatif.

A l'appui de leur thèse ils apportent de nombreux arguments : début par un coryza, troubles psychiques, noteurs, sensitifs, trophiques et vaso-moteurs, coexistence de cas d'encéphalite et d'acrodynie dans la même localité. (Kui-per-Rocaz.)

Le germe supposé est d'ailleurs inconnu.

Seul, M. Vipond a trouvé dans les ganglions lymphatiques d'un acrodynique un diplocoque avec lequel il a préparé un vaccin qui aurait eu une heureuse influence thérapeutique. Ce microbe n'a pu être retrouvé.

L'action des diverses médications employées pourrait peut-être donner quelques indices sur la nature de l'acrodynie. Il est curieux de noter l'inefficacité totale de la médication symptomatique banale. Par contre, les rayons

ultra-violets, les calmants nervins, l'atropine à action élective sur le sympathique, paraissent avoir donné quelques bons résultats. Mais il est très difficile d'apprécier la valeur d'un remède dans une maladie à évolution aussi capricieuse et dont le pronostic est habituellement favorable.

Il serait trop long et hors de notre sujet de discuter ces différents points, de même que la question de savoir si les glandes endocrines sont lésées, si, dans ce cas, leurs lésions sont primitives et déterminantes des autres phénomènes morbides ou si, au contraire, elles sont secondaires aux lésions nerveuses et conditionnées par elles.

L'anatomie pathologique est impuissante à nous éclairer car, dans les cas purs, la guérison est de règle. La mort, lorsqu'elle survient, est due à une complication presque toujours cardiaque ou pulmonaire. Les rares nécropsies qui ont été faites ne peuvent donc pas prouver grand chose. Leurs résultats ne sont d'ailleurs pas concordants.

CONCLUSIONS

En somme, la curieuse et assez mystérieuse affection décrite depuis quelques années sous des noms divers, notamment sous celui d'acrodynie infantile, se présente avec des signes multiplés qui s'associent diversement pour donner des tableaux cliniques variés, mais toujours impressionnants.

Les complications mises à part, ces troubles sont d'ordre essentiellement nerveux et peuvent se condenser en quatre grands syndromes : un syndrome psychique, un syndrome sensitif, un syndrome moteur, un syndrome cutané d'ordre vaso-moteur et trophique.

Ils coexistent le plus souvent tous les quatre chez le même sujet, réalisant la *forme complète ou neuro-cutanée*.

L'atténuation progressive, pouvant aller cliniquement jusqu'à l'absence totale d'un ou de plusieurs de ces syndromes, nous donne des formes de plus en plus frustes, des *formes nerveuses* que nous avons classées en *forme nerveuse avec symptômes cutanés légers ou tardifs*, *forme nerveuse pure*, *forme exclusivement psychique*.

Enfin, dans ces formes nerveuses peuvent apparaître des signes de myélite, donnant la *forme myélitique*.

Dans toutes ces formes, sauf gravité exceptionnelle ou complications, la guérison est de règle avec restitution ad integrum plus ou moins tardive. Jusqu'à maintenant on n'a constaté ni séquelles ni récidives.

Cet essai de classification n'est, bien entendu, qu'un travail d'attente. Seules des notions étiologiques précises fondées sur de plus nombreuses observations et confirmées par le laboratoire pourraient pleinement le légitimer.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
R. CRUCHET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 Janvier 1928.
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
P. COUSIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BEUTLER. — Deux cas d'acrodynie infantile. *Bulletins de la Société de pédiatrie*, Paris (oct., nov., déc. 1926).
- BÉZY (P.). — Acrodynie paroxystique de l'enfance. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (7 juillet 1927).
- BILBERBACK (J.-B.). — Acrodynia. *The Journal of the american medical Association* (14 février 1925).
- BLISS (G.-L.). — Acrodynia. *Archives of Pediatrics* (oct. 1923).
- BRAITHWAITE and PEGGE. — *British medical journal* (3297, 423, 1924).
- BROWN, COURTNEY and MAC LACLAU. — *Archives of Pediatrics* (38, 609, 1921).
- BYFIELD. — *American Journal of diseases of children* (20, 347, 1920).
- CARTIN (C.). — *Pennsylvania medical Journal* (1921).
- CAUSSADE et RÉMY. — Un cas d'acrodynie infantile. *Presse médicale* (4 juin 1927).
- COLE (F.-H.). — *Medical Journal of Australia* (19 févr. 1921).
- COMBY (J.). — L'érythrœdème australien. *Archives de médecine des enfants* (novembre 1922).
- L'érythrœdème des nourrissons. *Archives de médecine des enfants* (février 1926).
- Acrodynie (érythrœdème). *Traité des maladies de l'enfance* (1928).

- DAVIS (CL.-M.). — Acrodynia ? Report of a fatale case. *Archives of Pediatrics* (septembre 1922).
- DEBRÉ et M^{lle} PETOT. — L'acrodynie infantile. Ses liens avec l'acrodynie épidémique de l'adulte, l'ergotisme, l'arsenicisme chronique et la pellagre. *Presse médicale* (15 juin 1927).
- EMERSON (P.-W.). — *The Journal of the american medical Association* (1921).
- EGEN (L.-F.). — Acrodynia. *Nebraska medical Journal*, Norfolk (1926, XI, p. 37).
- FEER (E.). — Ein unerkanntes Krankheitsbild. Gesellschaft Schweizerischer. Paediatrer, 25 juin 1922, Berne, in *Schweizerische medizinische Wochenschrift* (3 décembre 1922).
- Eine eigenartige Neurose des vegetativen system beim Kleinkinde. *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, Bd (XXIV, 1923, p. 100).
- FIELD (N.-C.). — Erythrœdema. *Archives of Pediatrics* (février 1922).
- FOWLER (J.-S.). — Erythrœdema. *Edinburgh medizin Journal* (1925). The transaction of the medico-chirurgical Society of Edinburgh, session XIV (1924-1925).
- FRANK (E.-S.). — Acrodynie. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneskinde*, Haarleem (1925, LXIX, 1^{re} Pie, p. 1819).
- HAUSHALTER (P.). — Sur un syndrome constitué chez l'enfant par des troubles psychiques et des troubles neuro-végétatifs. *Revue neurologique* (avril 1925).
- HOECHSTETTER (J.-D.). — Sur un syndrome constitué par des altérations du psychisme et du système neuro-végétatif chez l'enfant. Thèse, Nancy (1925).
- JAEGER (O.). — Ein Fall von vegetativer neurose feer beim Kleinkinde (Akrodynie). *Zeitschrift f. Kinderheilkunde*, Berlin (1925, XXXIX, p. 239).
- JANET (H.) et DAYRAS (J.). — Sur un syndrome caractérisé par de l'insomnie, des sueurs, des troubles vaso-moteurs

des extrémités. *Bulletins de la Société de Pédiatrie*, Paris (juillet 1926).

JANET (H.) et PIERROT (P.). — Un cas d'acrodynie chez un enfant de 7 ans avec symptômes passagers d'encéphalite. *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris* (décembre 1926).

JENNY (E.). — Die Swift. Feersche Krankheit. *Schweizerische medizinische Wochenschrift* (1925).

KUIPER (T.). — L'acrodynie (infantile). Syndrome végétatif du di et mésencéphale. *Presse médicale* (3 sept. 1927).

LAGRANGE (E.). — A propos de l'acrodynie infantile. *Presse médicale* (13 juillet 1927).

LIENER. — Jahreskurs f. ärzt. (F. 15, H. 6, 1924).

MANNING C. FIELD. — *Archives of Pediatrics* (févr. 1922).

MARTIN-GONZALEZ (J.-J.). — Quelques observations sur l'acrodynie infantile. Thèse, Paris (1927).

MILLER. — *J. ind. St. med. Ass.* (14, 144, 1921); *Ref. centr. Khk.* (11, 535, 1921).

NOBÉCOURT et PICHON. — Deux cas de syndrome sudaminal avec accès de douleurs paroxystiques (acrodynie). *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris* (février 1927).

PATERSON et GREENFIELD. — *Quart. J. of med.* (17, 6, 1923); *Ref. centr. Khk.* (16, 445, 1924).

PÉHU et ARDISON. — Sur l'acrodynie de l'enfance. *Paris médical* (6 nov. 1926).

— Quelques observations d'acrodynie de l'enfance. *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris* (oct. 1926).

— Une maladie qui ressuscite l'acrodynie. *Paris médical* (avril 1927).

PÉHU et LESBROC. — Sur un cas d'acrodynie chez un enfant de treize ans. *Presse médicale* (27 novembre 1926).

PORTER. — *Med. ilin. north. Am.* (6, 431, 1922); *Ref. centr. Khk.* (14, 274, 1923).

POWEL (W.). — Acrodynia with report of cases. *Boston med. and surg. Journal* (1926, p. 980).

PRADZYNSKA, SKWARCZYMSKA (A.). — Acrodynie. *Archives de médecine des enfants* (août 1926).

REWALT (R.-K.). — Acrodynia; report of four cases. *Atlantic med. Journal* (1924-25, p. 127).

ROCAZ (Ch.). — L'acrodynie infantile. Ses formes cliniques. *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest* (25 janvier 1928).

RODDA (M.-D.). — Acrodynia. A clinical study of seventeen case. *American Journal of diseases of children* (août 1925).

SCOLT (A.-J.). — Acrodynia. *California and Western Medicine*, San-Francisco (1926, p. 47).

SELTHER. — Trophodermatoneurose. Verhandlingen der Sektion für Kinderheilkunde auf den LXXV: Congress deutscher Naturforscher und Aertze in Cassel (21 sept. 1903 ; referat in *Arch. f. Kind*, Bd XXXVII, 1903, p. 468).

SWIFT. — *Lancet* (1918, 1, 611).

SZWAJKART (A.-L.). — A case of acrodynia with a fatal termination in a rachitic children. *Archives of Pediatrics*, New-York (1924, XLI, 791-793).

TECILAZIG (D.). — Su di un caso di nevrosi del sistema vegetativo dei bambini. *La Pediatria* (1^{er} août 1926, p. 849-854).

VAN DER BOGERT. — Case of acrodynia. *Archives of Pediatrics* (juin 1923).

VIPOND (A.-E.). — Acrodynia and its probable causation. *Archives of Pediatrics* (novembre 1922).

— Further observations upon acrodynia. *British Journal of children's diseases*, London (1926, XXIII, 127).

WEBER (P.). — Acrodermatis chronica mutilans. *The British Journal of dermatologie and syphilis* (1921).

— Case of erythrœdema, the pink. disease and the question of acrodynia, epidemic erythrœma. *The British Journal of children's diseases* (mars 1922).

- WESTBRECHT (D.-E.). — Uber eine vegetative neurose in frühem kindesalter. *Deutsche Medizin. Wochenschrift* (4 décembre 1925).
- WESTON. — *Archives of Pediatrics* (35, 513, 1920); réf. Centr. Khk. (10, 95, 1924).
- WOOD. — *Lancet* (1918, p. 871).
- WORINGER. — L'acrodynie infantile. *Revue française de Pédiatrie* (tome II, N° 4, 1926).
- ZAHORSKY (J.). — Pellagra or acrodynia in children. *Journal Missouri medical Association* (1921).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Les Formes cliniques de l'Acrodynie Infantile.....	11
Historique	12
Formes cliniques.....	14
I. — Forme complète ou Forme neuro-cutanée.....	15
II. — Formes nerveuses	42
a). - Forme nerveuse avec symptômes cutanés légers ou tardifs.....	43
b). - Forme nerveuse pure sans symptômes cutanés	46
c). - Forme nerveuse psychique	50
d). - Forme nerveuse à prédominance de troubles moteurs ou forme myélitique.....	55
Etiologie.....	64
CONCLUSIONS	68
BIBLIOGRAPHIE	70
